



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Qualitätssicherung und Evaluation in der betrieblichen
Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung von
Klein- und Mittelunternehmen“

Verfasserin

Bakk.rer.nat. Katharina Händler

Wien, Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 826

Studienrichtung lt. Studienblatt: Sportwissenschaft

Betreuerin: Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

1	<u>EINLEITUNG</u>	5
1.1	PROBLEMAUFRISS	6
1.2	FRAGESTELLUNGEN DER ARBEIT	8
1.3	ÜBERBLICK UND ZIELSETZUNG DER KAPITEL	8
2	<u>GRUNDLAGEN</u>	10
2.1	GESUNDHEITSBEGRIFF	10
2.1.1	DIMENSIONEN DER GESUNDHEIT	11
2.1.2	ARBEIT UND GESUNDHEIT – EIN ZUSAMMENHANG	13
2.2	DIE OTTAWA CHARTA DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION	15
2.3	DAS KONZEPT DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	15
3	<u>DAS MODELL DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG</u>	17
3.1	3 STRATEGIEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ARBEITSLEBEN	18
3.2	WAS IST BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG?	19
3.3	WAS KANN BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG? KONSEQUENZEN FÜR BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	20
3.4	DAS EUROPÄISCHE NETZWERK FÜR BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (ENBGF)	21
3.5	ERFOLGSFAKTOREN UND GRUNDPRINZIPIEN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITS- FÖRDERUNG	23
3.5.1	PARTIZIPATION	23
3.5.2	INTEGRATION	23
3.5.3	PROJEKTMANAGEMENT	24
3.5.4	GANZHEITLICHKEIT	27
3.6	INTERVENTIONSEBENEN UND INHALTE DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG ..	27
3.7	WELCHEN NUTZEN ZIEHEN DIE VERSCHIEDENEN INTERESSENT/INNEN AUS DEN BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNGSMABNAHMEN?	30
4	<u>QUALITÄT IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG</u>	36
4.1	QUALITÄTSBEGRIFF UND ANSATZPUNKTE DER QUALITÄT, QUALITÄTSENTWICKLUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG	37

4.1.1 BETRACHTUNGSEBENE DER QUALITÄTSSICHERUNG BETRIEBLICHER GESUNDHEITS- FÖRDERUNG	39
4.2 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS ORGANISATIONSENTWICKLUNGS- STRATEGIE	42
4.3 EUROPÄISCHE QUALITÄTSKRITERIEN FÜR DIE BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	45
4.4 QUALITÄTSMERKMALE VON EFFEKTIVER BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	50
4.4.1 SELBSTBEWERTUNGSVERFAHREN DER QUALITÄT DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITS- FÖRDERUNG	52
4.5 INSTRUMENTE DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	54
4.5.1 STEUERUNGSGRUPPE	54
4.5.2 IST-ANALYSE	55
4.5.3 GESUNDHEITSBERICHT / ANALYSEPHASE.....	56
4.5.4 GESUNDHEITSZIRKEL	56
4.5.5 ERFOLGSMESSUNG (= EVALUATION)	57
4.6 AUSBLICK AUF DIE NÄCHSTEN KAPITEL ZUR QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	57
4.7 QUALITÄTSSICHERUNG VON BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	58
4.7.1 VORTEILE UND NUTZEN VON QUALITÄTSSICHERUNG IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	58
4.7.2 ANSATZPUNKTE UND VORGEHENSWEISEN FÜR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	60
<u>5 EVALUATION ALS BEITRAG ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG (-SICHERUNG) VON GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROJEKTEN</u>	<u>62</u>
5.1 EVALUATION IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	63
5.2 WURUM GEHT ES BEI QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION UND WELCHEN BEITRAG KANN EVALUATION ZUR QUALITÄTSSICHERUNG LEISTEN?	64
5.2.1 VORRAUSSETZUNGEN UND LEITLINIEN DER EVALUATION	67
5.3 EVALUATIONSFORMEN UND DIFFERENZEN INNERHALB DER EVALUATION.....	69
5.4 WAS WIRD IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG QUALITÄTSGESICHERT UND EVALUIERT?	74
5.4.1 PROBLEME BEI DER EVALUATION VON GESUNDHEITSFÖRDERUNGSINTERVENTIONEN ...	75
5.5 EVALUATIONSZIELE: OUTCOMES UND FUNKTIONEN DER EVALUATION FÜR DIE BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	76
5.6 ZUSAMMENFASSUNG: EBENEN DER EVALUATION, QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	77

5.7	CONCLUSIO	80
6	<u>BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KLEIN- UND MITTEL- UNTERNEHMEN</u>	80
6.1	EINLEITUNG	80
6.2	BEGRIFFSBESTIMMUNG UND DIE BEDEUTUNG DER KLEIN- UND MITTELUNTERNEHMEN FÜR DIE SOZIALE UND ÖKONOMISCHE ENTWICKLUNG IN DER EU.....	84
6.3	DIFFERENZEN ZWISCHEN KLEIN- UND MITTELUNTERNEHMEN ZU GRÖßEREN ORGANISATIONEN	85
6.4	BESONDERHEITEN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KLEIN- UND MITTELUNTERNEHMEN	87
6.5	HINDERNISSE UND POTENZIALE DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KLEIN- UND MITTELUNTERNEHMEN	88
6.5.1	PROBLEMFELDER IN DER UMSETZUNG DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	90
6.5.2	ÜBERWINDUNG UND UMSETZBARKEIT BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KLEIN- UND MITTELUNTERNEHMEN	91
6.6	KRITERIEN GUTER PRAXIS UND MODELS OF GOOD PRACTICE.....	92
6.6.1	KRITERIEN DES EUROPÄISCHEN NETZWERKS FÜR BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	94
6.6.1.1	Kriterien einzelbetrieblicher Ebene.....	96
6.6.1.2	Kriterien überbetrieblicher Ebene	97
6.6.2	ERFOLGREICHE STRATEGIEN FÜR EINE VERBREITUNG BETRIEBLICHER GESUNDHEITS- FÖRDERUNG IN KLEIN UND MITTELUNTERNEHMEN	100
6.7	PROJEKTSCHRITTE DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	101
6.7.1	IDEALTYPISCHER ABLAUF VON EVALUATION UND QUALITÄTSSICHERUNG DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	104
6.8	PROJEKTE UND ERGEBNISSE DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KLEIN- UND MITTELUNTERNEHMEN	105
6.8.1	FAZIT	112
6.9	WELCHE AKTEUR/INNEN HABEN DIE QUALITÄT DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG AUF IHRE AGENDA GESETZT?.....	113
6.10	ZUSAMMENFASSUNG	113
7	<u>SPORTWISSENSCHAFTER/INNEN IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITS- FÖRDERUNG.....</u>	115

LITERATUR..... 117

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsdimensionen (mod. nach Naidoo & Wills, 2003, S. 6).....	11
Abbildung 2: Schritte bei der Implementierung des Gesundheitsmanagements (nach Ducki, 1998, S. 143).....	26
Abbildung 3: Vier Ebenen der Intervention (nach Springer & Schopf, 2007, S. 42).....	28
Abbildung 4: Qualitätsdimensionen nach Donabedian (Pelikan et al., 1998, S. 21).	39
Abbildung 5: Erfolgsfaktoren & Qualitätskriterien der BGF (mod.n. Breucker, 1999, S. 41).	49
Abbildung 6: Betriebliches Gesundheitsmanagement (Breucker, 2001, S. 140).	53
Abbildung 7: Definition der Betriebsgrößenklassen durch die Europäische Kommission (BKK, 2001b).....	84
Abbildung 8: Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen (nach BKK, 2001 b).....	88
Abbildung 9: Kriterien guter Praxis für BGF in KMU (BKK, 2001b).	96
Abbildung 10: Kriterien guter Praxis für die überbetriebliche Ebene (BKK, 2001b)	98
Abbildung 11: Kernprozesse (abgewandelt, nach Spicker & Schopf, 2007, S. 37)	101
Abbildung 12: Interventionsumsetzungsstrategie (www.kmu-vital.ch).....	103
 Tabelle 1: Betriebe und Beschäftigte, alle Gebietskrankenkassen aus dem Berichtsmonat 07/07	 82

1 Einleitung

Die Intention sich mit betrieblicher Gesundheitsförderung, einem zunehmend wachsendem Arbeitsfeld für Sportwissenschaftler/innen, zu beschäftigen, entstand während des Studiums und meiner Berufstätigkeit. Als Mitarbeiterin in einem Vitalclub und Brandcoach bei adidas habe ich mir praxisorientiert Fachwissen angeeignet. Dazu zählen Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung. Außerdem habe ich großes Interesse am gesamten Fitness- und Gesundheitsbereich und bin überzeugt, dass sich mehr Wohlbefinden, Vitalität und Bewegung positiv auf unsere heutige stressgeplagte und reizüberflutete Gesellschaft auswirkt.

Das Thema Gesundheit erlebt Konjunktur. Regelmäßige Bewegung, wie Joggen und Walken, gehören genauso zu der modernen Lebensweise wie bewusste Ernährung und der jährliche Check-up bei Sportmediziner/innen. Wellnessfarmen und Fitnessstudios boomen mit den Versprechen nach mehr Wohlbefinden, Vitalität und Gesundheit. Das Thema Gesundheit beschäftigt nicht nur private Anbieter/innen von Bewegungs-, Entspannungs- und Wohlfühloasen, sondern ist auch in der öffentlichen Diskussion sehr präsent. Aufgrund der begrenzten Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems ist es auch Gegenstand von politischen Auseinandersetzungen.

Gesundheit und Arbeit sind zwei Schlagworte, die sich gegenseitig positiv als auch negativ beeinflussen können. Die Förderung der Gesundheit ist in den unterschiedlichen Bereichen wie Schule, Arbeit, Gesellschaft, kurz Settings genannt, mehr gefragt als noch vor einigen Jahren.

Mittlerweile haben auch die Unternehmen erkannt, dass gesunde und qualifizierte Mitarbeiter/innen leistungsfähiger und somit effizienter und effektiver arbeiten. Dies schlägt sich wieder auf einen positiven Unternehmenserfolg nieder. Die Führungskräfte sind demnach für das persönliche Gut „Gesundheit“ ihrer Mitarbeiter/innen mitverantwortlich.

Dies ist auch der Grund, weshalb immer mehr Betriebe auf ein umfangreiches Gesundheitsmanagement setzen.

1.1 Problemaufriss

In Österreich sind rund 3,7 Millionen Menschen berufstätig. Der Arbeitsplatz, der einen zeitlich wichtigen Lebensbereich einnimmt, hat demnach einen wesentlichen Einfluss auf das physische und psychische Befinden des Menschen.

Dass gesunde, motivierte und qualifizierte Mitarbeiter/innen unabdingbare Voraussetzungen für erfolgreich arbeitende Betriebe bedeuten, haben mittlerweile in Zeiten eines hohen Wettbewerbs auch die Unternehmen erkannt. Deshalb ist es nicht verwunderlich, weshalb gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb zunehmend einen wichtigen Bestandteil für eine erfolgreiche Unternehmenspolitik darstellen. Betriebliche Gesundheitsförderung, in der Arbeit immer wieder auch mit BGF bezeichnet, hat in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung erfahren.

Projekte von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Betrieben gibt es mittlerweile zur Genüge. Doch welche dieser Programme sind auch wirklich effektive und qualifizierte Maßnahmen? Das seit 1996 existierende Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung hat in einer mehrjährigen Phase Qualitätskriterien für die Planung und Durchführung erfolgreich und qualitativ hochwertiger Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Unternehmen entwickelt.

Denn mit der Initiierung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind in der Regel Erwartungen an den Erfolg dieser verbunden. Die Arbeitgeber/innen erhoffen nicht zuletzt einen wirtschaftlichen Vorteil mit der Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung. Das Verhältnis von Kosten – Nutzen soll dabei ausgeglichen sein, bzw. die Waage in Richtung Nutzen soll sich erhöhen. Effizienz und Effektivität von solchen Maßnahmen, in welcher Art auch immer, müssen gewährleistet sein, damit sich BGF zu einem festen Bestandteil in der Unternehmenspolitik entwickelt.

Obwohl die betriebliche Gesundheitsförderung sich auf einem steigenden Wachstumssektor befindet, so gibt es doch noch Aufholbedarf in der Qualitätssicherung und Evaluation von gesundheitsförderlichen Programmen und Maßnahmen. Zwar liegen Ergebnisse, gestützt aus Erfahrungen von Praktiker/innen und Expert/innen zu Wirksamkeitsprüfungen vor, trotzdem fehlen noch gemeinsame Standards und Instrumente.

Der Großteil der Beschäftigten arbeitet in österreichischen Klein- und Mittelunternehmen. Die meisten BGF-Projekte, national als auch international, konnten sich zunehmend in großen Unternehmen etablieren. Dies ist auch der Grund, weshalb in kleineren Betrieben vorrangig noch ein Mangel an präventiven Programmen herrscht. Obwohl die Literatur bereits zahlreiche Vermutungen und Erfahrungsschilder aus der Praxis vorweisen kann, so gibt es kaum systematische Untersuchungen auf diesem Gebiet. Viele Institutionen und

Netzwerke, die betriebliche Gesundheitsförderung als ihr Arbeitsfeld erklärt haben, haben bereits gesundheitsförderliche Projekte für die spezielle Zielgruppe von Klein- und Mittelunternehmen in Auftrag gegeben, aus denen vorzeigbare Praxisbeispiele hervorgehen.

Nach dem heutigen Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung zeichnen sich schwerpunktmäßig Defizite ab, wie eine fehlende systematische Bedarfs- bzw. Zielgruppenanalyse für Gesundheitsförderungsprogramme sowie mangelhafte systematische Evaluation von Maßnahmen. Hier sind Wissenschaft und Forschung gefragt, geeignete Analyseverfahren, vor allem auch für die Klein- und Mittelunternehmen zu entwickeln bzw. zu adaptieren. Denn für die Betriebe trägt eine Gesundheitsförderung, durch Maßnahmen der Arbeits- und Organisationsgestaltung dazu bei, sowohl die Gesundheit der Mitarbeiter/innen zu fördern, wie auch das Betriebsergebnis zu verbessern. Bemühungen um Förderung und Bewahrung guter Gesundheit sind zentrale Voraussetzungen produktiver Tätigkeit und deshalb eine wichtige Zukunftsinvestition (Badura & Ritter, 1998, S. 223).

Die betriebliche Gesundheitsförderung wird auch für Sportwissenschaftler/innen immer mehr zu einem wichtigen Arbeitsfeld. Durch die im Studium erworbenen Kompetenzen können sich Sportwissenschaftler/innen nicht nur in der Konzeption und Durchführung effektiv und erfolgreich einbringen. Auch bei der Qualitätssicherung, Evaluation und Bewertung, die als eine interne Qualitätssicherungsmaßnahme verstanden wird, können sie sich mit Blickrichtung auf Zielerreichung und Ressourcenüberprüfung oder im Sinne einer begleitenden Prozess- und Ergebnisevaluierung beweisen (vgl. www.netzwerk-bgf.at; Diketmüller, 2007, S. 73 ff., Meggeneder, 1999, S. 17).

1.2 Fragestellungen der Arbeit

Die Hauptfragestellung der Arbeit lautet: „Welche Bedeutung haben Qualitätssicherung und Evaluation in der Betrieblichen Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von Klein- und Mittelunternehmen?“.

Die im Folgenden angeführten Fragestellungen werden mit Hilfe der Literatur versucht zu beantworten. Dabei wird auf zahlreiche Werke aus den Bereichen Qualitätssicherung, Organisationsentwicklung, Gesundheitsförderung, Projektmanagement und natürlich auf Berichte, Artikel und Erfahrungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zurückgegriffen. Ebenso wird auf Beispiele von Institutionen aus dem Internet verwiesen, die sich mit der Thematik auseinandersetzen und bereits zahlreiche Projekte diesbezüglich durchgeführt haben.

1. Welche Konzepte der Qualitätssicherung gibt es in der betrieblichen Gesundheitsförderung?
2. Was bedeutet/verlangt Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen?
3. Wie sehen die qualitätssichernden Maßnahmen bei betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen aus?
4. Wodurch unterscheiden sich diese bei Klein- und Mittelunternehmen mit jenen von Großbetrieben?
5. Welche Vor- und Nachteile bietet Qualitätssicherung bei gesundheitsfördernden Projekten in Klein- und Mittelunternehmen?
6. Welche models of good practice gibt es in der betrieblichen Gesundheitsförderung bei Klein- und Mittelunternehmen?
7. Was bedeutet diese Entwicklung in der betrieblichen Gesundheitsförderung für das Berufsfeld zukünftiger Sportwissenschaftler/innen?

1.3 Überblick und Zielsetzung der Kapitel

Zielsetzung der Ausarbeitung ist die Auseinandersetzung mit der betrieblichen Gesundheitsförderung, vor allem in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). Dabei wird versucht, Antworten auf die oben angeführten Fragen in den einzelnen Kapiteln zu finden und auszuarbeiten. Es wird auf den Forschungsstand und die Ergebnisse aus der Literatur, die teilweise schon eine große Bandbreite auf diesem Gebiet zu bieten hat, zurückgegriffen. Im Mittelpunkt dabei stehen vor allem Qualitätssicherung und Evaluation von gesund-

heitsfördernden Programmen, auf deren Gebiet, dank einiger europäischer Institutionen, bereits ein Stein ins Rollen gebracht wurde. Mittlerweile laufen auch zahlreiche Projekte zur BGF verstärkt auch in Klein- und Mittelunternehmen. Solche vorbildhaften Programme sollen zukünftig noch mehr Betriebe überzeugen, wie wichtig die Investition in das Humankapital ihres Unternehmens ist. Dieser Einsatz wirkt sich letztlich positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen und somit auch auf den wirtschaftlichen Unternehmenserfolg aus. Diese Arbeit strebt einen Praxisvergleich mit Vorzeigemodellen an und gibt einen Überblick über die zahlreichen Institutionen, die sich mit präventiven Maßnahmen in Organisationen auseinandersetzen. Abschließend soll das zukünftige Arbeitsfeld der BGF für Sportwissenschaftler analysiert werden.

Zu Beginn werden Begriffe zu Gesundheit und Gesundheitsförderung beschrieben. Nachdem derart alle notwendigen Grundlagen erläutert wurden, wird im dritten Kapitel auf das Kernthema der Arbeit eingegangen. Es behandelt das Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) mit all seinen Merkmalen und Kriterien und bildet somit die Basis für die darauf folgenden Bereiche rund um die Qualität, Qualitätsmanagement und –entwicklung, sowie Evaluation von BGF. Darunter fallen Besonderheiten, von betrieblicher Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklungsstrategie, sowie Qualitätssicherung von BGF. Auf die Evaluation als Instrument der Qualitätssicherung wird ebenfalls eingegangen, genauso wie auf europäische und nationale Ebene arbeitende Institutionen und Netzwerke von BGF, die Qualitätskriterien entwickelt haben.

Hauptaugenmerk liegt in der Auseinandersetzung mit BGF von Klein- und Mittelunternehmen (KMU) im sechsten Kapitel. Es wird der Frage nach dem Nutzen, den Vor- und Nachteilen, sowie den Besonderheiten von BGF-Projekten in Klein- und Mittelunternehmen nachgegangen. Ebenso werden Potentiale und Hindernisse, aufgrund der Unternehmenseigentümer/innen, aufgrund der besonderen Arbeits- und Rahmenbedingungen von KMU im Gegensatz zu Großbetrieben aufgezeigt.

Die von einigen themenrelevanten Institutionen vorgestellten models of good practice in der betrieblichen Gesundheitsförderung gilt es vorzustellen und die in der Literatur beschriebenen Kriterien zur Bestimmung von models of good practice aufzuzeigen.

Abschließend widmet sich die Ausarbeitung dem zukunftssträchtigen Berufsfeld von BGF für Sportwissenschaftler/innen und welche Rolle diese in der Qualitätssicherung von BGF einnehmen.

2 Grundlagen

Das zweite Kapitel liefert einen theoretischen Hintergrund zur Klärung der Begriffe zu Gesundheit und Gesundheitsförderung. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass auf ausschweifende Theorien zu diesem Bereich, die nicht für die Fragestellung dieser Arbeit relevant sind, bewusst verzichtet wurde. In der Literatur findet man hierzu eine Vielzahl von Definitionen und Beschreibungen, Erklärungsmodellen und dem Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung.

2.1 Gesundheitsbegriff

Die Literatur bietet zu dem Begriff Gesundheit eine große Bandbreite von Bedeutungen an, die von den rein fachlichen Inhalten bis hin zu den all umfassenden moralischen oder philosophischen Bedeutungsinhalten reichen können. Es gibt eine Reihe von Sichtweisen oder Konzepten von Gesundheit. Die verschiedenen Definitionen von Gesundheit stammen aus den Bereichen Literatur, Philosophie, Medizin, Soziologie, Psychologie und Psychiatrie mit unterschiedlichen Dimensionen, wie Störungsfreiheit, Leistungsfähigkeit, Rollenerfüllung, Wohlbefinden, Anpassung, Homöostase und Flexibilität. Bei allen Gesundheitsdefinitionen sind oft mehrere dieser Dimensionen zu finden (Franke, 1993, zitiert nach Wipplinger & Amann, 1998, S. 18). Nicht zuletzt deshalb wird Gesundheit als kaum definierbar angesehen und eine definitorische Erörterung, was Gesundheit ist, wird weitgehend vermieden.

Für jeden einzelnen Menschen hat Gesundheit einen bestimmten Stellenwert in seinem Leben. Wenn man nie krank ist, nimmt man Gesundheit als eine Selbstverständlichkeit. Andere kränkeln vor sich hin und bemitleiden sich wegen ihrer Empfindlichkeit. So gesehen wird im alltäglichen Umgang Gesundheit entweder negativ als die Abwesenheit einer Krankheit oder Leiden interpretiert, was auf das Gesundheitsverständnis des medizinisch-wissenschaftlichen Modells westlicher Prägung zurückzuführen ist. Oder aber in der positiven Bewertung wird Gesundheit als ein Zustand des Wohlbefindens definiert (Naidoo & Wills, 2003, S. 6). In der vielfach zitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1946 wird Gesundheit nicht mehr „per definitionem vom Krankheitszustand abgegrenzt, sondern positiv auf das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden eines Menschen in allen Lebensbereichen hin formuliert.“ (zitiert nach Wipplinger et al., 1998, S. 20). Die ganzheitliche und positive Formulierung von Gesundheit

wirft dennoch unterschiedliche Aspekte auf. (siehe beispielsweise Wipplinger et al.; 1998, Naidoo & Wills, 2003).

2.1.1 Dimensionen der Gesundheit

Einige Autor/innen sind der Meinung, dass Gesundheit als Ganzes zu verstehen ist, die unterschiedliche Dimensionen umfasst, deren Einflüsse und Wechselwirkungen untereinander berücksichtigt werden müssen.

Naidoo und Wills (2003, S. 6) haben in ihrem Diagramm die Faktoren der Gesundheit aufgezeigt.

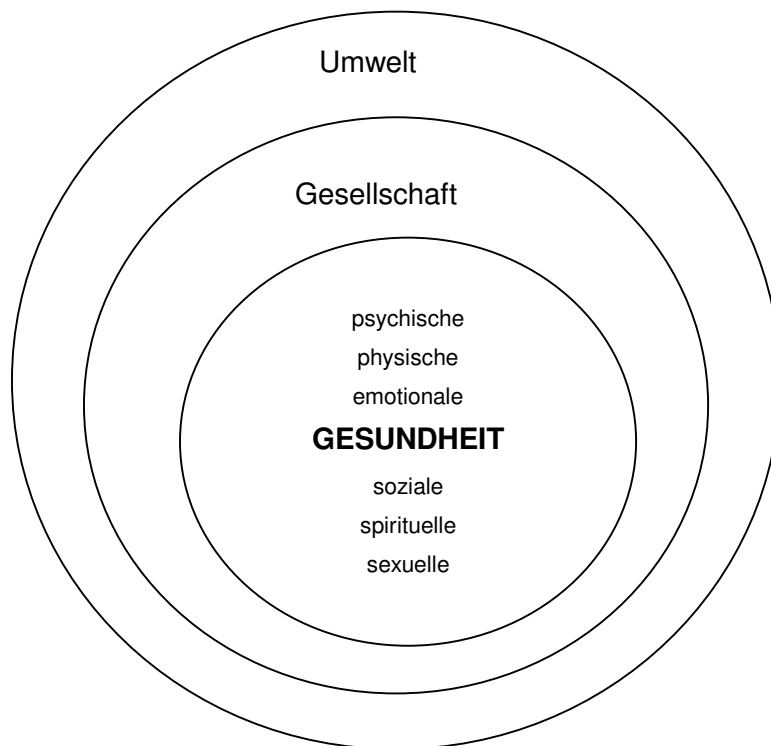


Abbildung 1: Gesundheitsdimensionen (mod. nach Naidoo & Wills, 2003, S. 6).

Dabei bezieht sich der innere Kreis auf die Gesundheitsdimensionen des Einzelnen:

- Die physische Gesundheit betrifft den Körper, z. B. Fitness, nicht krank zu sein.
- Ein positives Lebens- und Selbstwertgefühl bezieht sich auf die psychische Gesundheit.
- Unter emotionaler Gesundheit wird die Fähigkeit verstanden, Gefühle auszudrücken und Beziehungen zu entwickeln und aufrecht zu erhalten.
- Die soziale Gesundheit drückt sich in dem Gefühl aus, soziale Unterstützung durch die Familie und Freunde zu erhalten.
- Die spirituelle Gesundheit ist das Erkennen und die Fähigkeit, moralische oder religiöse Grundsätze und Überzeugungen in die Praxis umsetzen zu können.
- Die sexuelle Gesundheit betrifft die Bereitschaft und Fähigkeit, seine eigene Sexualität befriedigend ausdrücken zu können.

Die beiden äußeren Kreise Gesellschaft und Umwelt stellen weitere Einflüsse auf den Gesundheitszustand des Einzelnen dar. Unter gesellschaftlicher Dimension wird der Zusammenhang zwischen der Gesundheit und den Strukturen einer Gesellschaft, wie z.B. Unterkunft, Frieden, Nahrung, Einkommen, der Grad der gesellschaftlichen Integration oder Ausgrenzung, verstanden. Die Umweltdimension bezieht sich auf die Bereiche wie Wohnverhältnisse, Verkehr, Hygiene- und Trinkwassereinrichtung oder den Grad der Luftverschmutzung.

Jeder Mensch ist darum bemüht, sich die verschiedenen Bereichen seines Lebens vor Augen zu halten, um herauszufinden, welche Bedeutung er seinem kostbarsten Gut – nämlich der Gesundheit - eigentlich beimisst.

Trotzdem kann nach dem Zitat von Naidoo und Wills (2003, S. 23) „Gesundheit kann tausend verschiedene Dinge für tausend verschiedene Leute bedeuten“ festgehalten werden, dass der Gesundheitsbegriff schlecht zu relativieren ist.

Für die Arbeitsdefinition für die in der Gesundheitsförderung Tätigen ist es deshalb sinnvoll, sich trotz der Schwierigkeit und der Multidimensionalität von Gesundheit, um eine Definition zu bemühen

Um die Bedeutung der ganzheitlichen Sichtweise im Bereich der Gesundheitsvorsorge und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die sich wie ein Leitfaden durch die gesamte Arbeit zieht, zu unterstreichen, wird nun anhand folgender Definition der Begriff Gesundheit bestimmt: Es lag und liegt in der Verantwortung der WHO, die Debatte um die Definierung der Gesundheit voranzutreiben.

„Gesundheit ist das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont wie deren körperliche Leistungsfähigkeit (WHO 1984)“ (zitiert nach Naidoo & Wills, 2003, S. 23).

Die Definition verdeutlicht, dass Gesundheit sowohl ein Produkt der Gesellschaft, als auch des Einzelnen ist. Der dynamische und positive Charakter der Gesundheit wird hervorgehoben. Außerdem zeigt sie viele Gründe zur Förderung der Gesundheit, die sicher die Problemlagen vieler Gruppen berücksichtigt.

2.1.2 Arbeit und Gesundheit – ein Zusammenhang

Es ist unumstritten, dass sich Arbeit positiv als auch negativ auf die Gesundheit der beschäftigten Menschen auswirkt. Die Unternehmen haben großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ihrer Mitarbeiter/innen. Das zeigen die unterschiedlichen Faktoren zur Beeinflussung von Gesundheit, von denen die Arbeit einen wesentlichen Anteil ausmacht. Es ist auch nicht verwunderlich, dass die Gesundheit im Wertesystem der Belegschaft einen hohen Stellenwert eingenommen hat. Schließlich verbringt die erwerbstätige Gesellschaft fast zwei Drittel des Lebens in der Arbeit.

Hurrelmann (1991, S. 12; zitiert nach Waller, 2006, S. 86) hat die große gesellschaftliche Bedeutung von Arbeit treffend charakterisiert:

„Im Zentrum der Lebensbedingungen moderner Industriegesellschaften stehen nach wie vor die Arbeitsbedingungen, also die Formen der Verwertung menschlicher Leistungsfähigkeit in gesellschaftlichen Arbeitsorganisationen. Auch wenn die Erwerbsfähigkeit an quantitativer Bedeutung im Lebenslauf verliert, auch wenn nur knapp die Hälfte der Bevölkerung in Industriegesellschaften in formalisierte Arbeitsorganisationen einbezogen ist, wird von hier aus doch diktiert, welche Maßstäbe und Regeln gesamtgesellschaftlich gültig und wirksam sind. Insbesondere werden die Standards festgelegt, nach denen die menschliche Gesundheit und das menschliche Wohlbefinden definiert werden. Belastungen und Konflikte in Arbeitsbereichen und zunehmend auch den ihnen vorgelagerten Bildungs- und Ausbildungsbereichen gehören (...) zu den wesentlichen Quellen für gesundheitliche Beeinträchtigungen.“

Als ein kategoriales Verständnis von Gesundheit zeigt sich auch heutzutage in vielen Unternehmen, dass die Krankenquote als alleiniges Kriterium für den Gesundheitszustand der Belegschaft gesehen wird. Dieses Verständnis ist die Umsetzung der versicherungsrechtlichen Auffassung von Gesundheit - nämlich die Abwesenheit von Krankheit (Meifert & Kesting, 2004, S. 4).

Westermayer und Stein (2006, S. 107) meinen, trotz der unterschiedlichen und nicht ausreichend erscheinenden Definitionsversuche, besteht trotzdem Konsens darüber, dass eine Auffassung von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit nicht mehr adäquat ist. Gesundheit ist vielmehr, wie bereits auch oben erwähnt, im Sinne der WHO als ein Entwicklungsprozess zu betrachten ist, der vielfältigen sozialen und betrieblichen Bedingungen unterliegt. „Partizipationsmöglichkeiten, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung spielen hierbei ebenso eine Rolle wie Belastungen, die durch Arbeitsaufgaben, Arbeitsbedingungen und andere, mehr im privaten und familiären Bereich liegende Einflussfaktoren gegeben sind“ (zitiert nach Westermayer & Stein, 2006, S. 107).

Während man die in früheren Jahren einwirkenden Belastungsfaktoren, wie physische, physikalische, chemische und biologische Einflüsse durch eine fortlaufende Verbesserung von Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit ständig in ihrer schädlichen Wirkung verringern konnte, nahmen andere, weniger gut erkennbare Einflüsse, wie beispielsweise psychosoziale Belastungsfaktoren, die wegen ihres immateriellen Wesens kaum messbar und für viele Unternehmer nur bedingt nachvollziehbar sind, zu. Grund hierfür sind neue Arbeitsformen, die andere Anforderungen seitens der Mitarbeiter/innen, wie Qualifikationen und Kompetenzen, fordern. Teamarbeit, Projektarbeit und die deutliche Zunahme an Tätigkeiten im Dienstleistungscharakter setzen sozial-emotionale und selbstbezogene Fähigkeiten voraus (Meifert & Kesting, 2004, S. 4).

Einige Industrieunternehmen sprechen, wie Westermayer und Stein (2006) betonen, nicht mehr von Krankenstand oder Fehlzeiten, sie haben bereits praktische Konsequenzen aus der Diskussion gezogen. Hierzu zählen Anwesenheits- und Gesundheitsquoten. Als Beispiel nennen sie die Entwicklung von Konzepten und Modellen der Problembewältigung, wie Krankenstandsreduktion durch Gesundheitsförderung und die im Mittelpunkt der Betrachtung stehende Gesundheit und ihre möglichen Ursachen, anstatt von Krankheiten und ihren möglichen Entstehungen zu sprechen. Umgekehrt erwarten sich auch leistungsfähige, kreativ-innovative, flexible und hoch motivierte Mitarbeiter/innen der Zukunft von der Organisation Lösungsansätze, die sie bei der Gewinnung einer optimalen Gesundheit unterstützen.

Dies ist auch der Grund, weshalb sich in den letzten Jahren eine Vielfalt von Analyse- und Interventionsformen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt entwickelt haben. Nicht zuletzt wegen der Unterstützung von staatlichen und suprastaatlichen Einrichtungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, die das Ziel verfolgen, betriebliche Gesundheitsförderung gesellschaftlich zu verankern.

2.2 Die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation

1984 startete die WHO ihr Programm zur Gesundheitsförderung, das durch die Konferenzen in Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) und Mexiko City (2000) weiter entwickelt wurde. Aus der Ottawa Charta der WHO von 1986 folgt jene Definition von *Gesundheitsförderung* (nach Bamberg, Ducki & Metz, 1998, S. 17):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. [...] Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen, und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden...Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluß auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Wie sich die Prinzipien der Charta nun auf das Handlungsfeld Betrieb und auf betriebliche Gesundheitsförderung im Konkreten umwälzen lassen, zeigen die Erfolgsfaktoren und Leitlinien für BGF in den nachfolgenden Kapiteln.

Die „Luxemburger Deklaration für betriebliche Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ formuliert erstmals Grundsätze und eine Definition betrieblicher Gesundheitsförderung und wurde 1997 mit Unterstützung der Europäischen Kommission von den Mitgliedern des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) verabschiedet (BKK Bundesverband, 2005).

2.3 Das Konzept der Gesundheitsförderung

In den letzten Jahren ist Gesundheitsförderung ein wichtiges und anerkanntes Ziel der Gesundheitspolitik geworden. Die Etablierung von Gruppen und Netzwerken und die Entstehung einer Reihe an größeren und kleineren Gesundheitsförderungsprojekten zeigt, wie wichtig Gesundheitsförderung und welch anerkanntes Ziel der Gesundheitspolitik es in den letzten Jahren geworden ist.

Nach der WHO zufolge ist Gesundheitsförderung der „Prozeß der Befähigung von Menschen, ihre Gesundheit zu verbessern, indem sie bemächtigt werden, Faktoren, die für

ihre Gesundheit relevant sind, zu beeinflussen“ (WHO 1998; zitiert nach Dür & Pelikan, 1998, S. 14). Einfacher und strategischer formuliert kann Gesundheitsförderung am besten verstanden werden als (nach Dür & Pelikan, 1998, S. 14):

- der Prozess der Wiedererlangung, Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit sowie
- der Prävention von Krankheit durch
- strategische Beeinflussung salutogener Faktoren/Determinanten (z.B. Wissen, Fähigkeiten, Präferenzen, Möglichkeiten) oder pathogener Faktoren (z.B. Mangel an Wissen, Fähigkeiten, Präferenzen, Möglichkeiten), die für
- die Gesundheit von Personen, Populationen und von sozialen Systemen/Settings relevant sind.

Bamberg et al. (1998, S. 18) verstehen unter Gesundheitsförderung demnach ein positives Gestaltungskonzept, das über Prävention hinausgeht. Hervorgehoben wird, dass sich Gesundheit nicht ausschließlich auf physische Aspekte beschränkt, sondern auch psychische und soziale Dimensionen aufweist. Gesundheit als ein dauerhafter Entwicklungsprozess verstanden, bezieht sich sowohl auf Aspekte der individuellen Handlungsfähigkeit als auch auf das subjektive Wohlbefinden. In der Ottawa Charta werden folgende Leitsätze für Maßnahmen der Gesundheitsförderung formuliert (Bamberg et al., 1988, S. 18):

- Ziel jeder Gesundheitsförderung ist die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen.
- Gesundheitsförderung bedeutet daher immer, Interessen zu vertreten und Partei zu ergreifen.
- Da Gesundheitsförderung Personen befähigt und ermöglicht, ihr Gesundheitspotential zu verwirklichen, zielt sie auf Förderung persönlicher Kompetenzen ab.
- Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken aller Verantwortlichen und Betroffenen und ist somit eine interdisziplinär effektiv wirkende Querschnittsdisziplin.
- Gesundheitsförderung; als langfristiger Prozess, konzentriert sich nicht nur auf Risikogruppen, sondern steht allen Personen offen. Einzelmaßnahmen sollten daher in einem Gesamtprogramm aufeinander abgestimmt und langfristig angelegt sein.

Nach Dür und Pelikan (1988, S. 14) ist das wichtigste Kennzeichen des aktuellen Gesundheitsförderungsverständnisses jedoch, dass Gesundheitsförderung, gegensätzlich zur Medizin oder auch zur Gesundheitserziehung, nicht als Maßnahme verstanden wird, die sich an Einzelpersonen richtet (etwa im Sinn von Informationskampagnen). Eher wird davon ausgegangen, dass Gesundheit am besten durch die Entwicklung der alltäglichen Lebenswelten (Settings genannt) von vielen Menschen gleichzeitig unter partizipativem Einschluss möglichst aller Beteiligten und Betroffenen gefördert wird.

Im Mittelpunkt der Ottawa Charta steht also die Frage nach dem wie und mit welchen Mitteln das Gesundheitspotential von Menschen gefördert werden kann. Augenmerk liegt auf den strukturellen und politischen Initiativen und der persönlichen Unterstützung. Die Charta gibt damit zwei Richtungen vor (Spicker & Schopf, 2007):

- individuelle Kompetenzen zur Auseinandersetzung mit Krankheitsrisiken und zur Verbesserung der persönlichen Gesundheit stärken,
- soziale und natürliche Umwelten gesundheitsgerecht gestalten, um damit gute Bedingungen für die Gesundheit der Menschen zu schaffen.

3 Das Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Arbeitswelt, insbesondere die Erwerbstätigkeit, ist einer der wesentlichsten Lebensbereiche des erwachsenen Menschen. Gesundheit am Arbeitsplatz ist für Millionen Erwerbstätiger zumindest implizit ein alltägliches und zu gleich äußerst wichtiges Thema.

Die Auswirkungen technologischer Entwicklungen, Inhalte und Organisationsformen von Produktions- und Dienstleistungsprozessen finden sich in der Gestaltung von Arbeitssituationen wieder und haben auch Konsequenzen für das Befinden und die Gesundheit der Beschäftigten. Beispielsweise wirken sich Maßnahmen, wie die Gestaltung von Arbeitszeiten oder Arbeitsumgebungsbedingungen, auch wenn sie mit anderen Intentionen geplant und durchgeführt werden, auf die Gesundheit der Arbeitenden aus. Vor diesem Hintergrund könnte grundsätzlich jeder betriebliche Eingriff als gesundheitsbezogene Intervention bezeichnet werden.

In diesem Kapitel geht es um das Setting Betrieb, in denen die Maßnahmen gezielt für die Gesunderhaltung der Beschäftigten durchgeführt werden. Dabei ist es durchaus möglich, dass Maßnahmen, die dem Schutz und der Förderung der Gesundheit dienen sollen, mit anderen Interventionszielen verbunden werden. Wenn hier gesundheitsbezogene Maßnahmen und Gesundheitsförderung thematisiert werden, so sind somit solche Eingriffe

gemeint, die explizit zum Schutz, zur Verbesserung oder zur Förderung der Gesundheit initiiert und durchgeführt werden.

Außerdem sollen die Unterkapitel aufzeigen, wie das Unternehmen gesundheitsfördernd gestaltet werden kann. Zusätzlich ist abzuklären, welche Rolle betriebliche Gesundheitsförderung haben kann.

3.1 3 Strategien der Gesundheitsförderung im Arbeitsleben

Aufgrund der in den letzten Jahren entstandenen Veränderungen von gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Krankenkassen und gesellschaftlich-wirtschaftlichen Entwicklungen, die auf neue ökonomische Zwänge und Veränderungen von Krankheits- und Belastungsformen reagierten, hat sich eine Vielfalt von Analyse- und Interventionsformen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt entwickelt. Einziges gemeinsames Merkmal der neuen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung waren die Maßnahmen, die Betriebe und Unternehmen als ihr Aktionsfeld wählten. Westermayer und Stein (2006, S. 111) unterscheiden dabei drei verschiedene Strategien, die Gesundheit von Mitarbeiter/innen durch Maßnahmen im Betrieb unterstützen. Sie werden im Folgenden kurz beschrieben.

1. *Gesundheitsförderung im Betrieb* umfasst alle Tätigkeiten, die darauf abzielen, das Verhalten der Arbeitnehmer/innen zu beeinflussen. Dazu zählen zum Beispiel Aktivitäten wie Rückenschulen, alle Arten von Sport-, Bewegungs- und Entspannungstraining, sowie Informationsveranstaltungen zu den Bereichen Ernährung, Stress und Arbeitssicherheit, Raucherentwöhnung und Alkoholmissbrauch. Ebenso gehören medizinische Diagnostik wie betriebsärztliche Untersuchungen oder Screenings im Rahmen von z.B. Gesundheitstagen dazu. Jedoch sind nach dem heutigen Evaluationsforschungsstand Verfahren, die in erster Linie oder ausschließlich Gesundheitsförderung mit dem Verhaltensänderungsziel betreiben, nicht besonders erfolgreich. Trotz des Wissens bei den verantwortlichen Organisationsführungskräften, dass Verhaltensweisen in der Regeln nur im Zusammenhang mit der Analyse und Veränderung betrieblicher Bedingungen beeinflusst werden können. Zusammengefasst ist Gesundheitsförderung im Betrieb als Instrument zur Stabilisierung und Optimierung einer salutogenen Organisation durch entsprechende Angebote im Verhaltensbereich zu verstehen.

2. Das Konzept der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* hat sich als Strategie neben anderen Maßnahmen der Krankenstandsreduktion (wie Einführung von Karenztagen, Senkung der Lohnnebenkosten, Durchführung arbeitsrechtlicher Maßnahmen, Veränderung der Mitarbeiter/innenführung etc) etabliert. Der Handlungsbedarf in der Betrieblichen Gesundheitsförderung kann mit drei Vorgehensweisen umschrieben werden (vgl. Westermayer & Stein, 2006, S. 113):
 - Kontrolle von Gesundheitsrisiken
 - Förderung von Gesundheitspotentialen
 - Anpassung bestehender Einrichtungen und Leistungen an das gewandelte Krankheitspanorama.

Während Punkt 1 auf Verhaltensänderung abzielt, verfolgt BGF das Ziel, die Strukturen der Organisation so zu verändern, dass die Unternehmensverhältnisse (Bsp. Einführung von Team- oder Projektarbeit) verbessert und effektiver gestaltet werden, im Sinne einer Organisationsentwicklungsstrategie.

3. Der dritte Ansatz des *Salutogenic Managements* formuliert nach der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsorganisation durch BGF Regeln die Strukturoptimierung.

Nach gründlicher Literaturbearbeitung kann festgestellt werden, dass sich die drei Punkte nicht so einfach voneinander abgrenzen lassen, sondern dass BGF ein ganzheitliches Konzept verfolgt, das alle drei Faktoren integriert und berücksichtigt. BGF gilt als der umfassendere der drei Ansätze und orientiert sich dabei an bestimmten Leitlinien und Prinzipien, die in den darauf folgenden Kapiteln beschrieben werden.

3.2 Was ist betriebliche Gesundheitsförderung?

Zunächst ist dazu erstmals festzustellen, dass es sich bei BGF keineswegs um ein einheitliches Konzept handelt. Das heißt, es gibt unterschiedliche Auffassungen zum Thema. Die einen verstehen darunter eher Maßnahmen der traditionellen Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzes, andere schlagen unspezifische Stressbewältigungsprogramme vor. Nur wenige sehen die Komplexität des Gegenstandes. Sie verzichten von vornherein auf eine Teilung in unabhängige und abhängige Variablen und auch die populär gewordene Unterscheidung in Verhalten und Verhältnisse wird in Frage gestellt. So können nämlich bestimmte Verhaltensweisen von Mitarbeitern neue Verhältnisse schaffen, und umgekehrt können bestimmte Organisationsstrukturen („Verhältnisse“) sich im Verhalten der

Mitarbeiter/innen widerspiegeln. Trotzdem ist eine Kausalität nicht zwangsläufig (Westermayer & Stein, 2006, Vorwort).

Umfassend verstandene BGF zielt sowohl auf das Verhalten der Einzelnen und die Stärkung ihrer persönlichen Kompetenzen ab, als auch auf die Verhältnisse, d.h. die gesamte Organisation mit ihren Gesundheitspotentialen und –risiken, in denen Menschen arbeiten. Im Kern liegt die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, Strukturen und Prozesse (Verhältnisse), dass die Beschäftigten nachhaltig zu gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensweisen (Verhalten) befähigt und motiviert werden. Nur wenn alle betrieblichen Akteur/innen wie Management, Führungskräfte, Betriebsräte, Mitarbeiter/innen und Präventivkräfte einen Beitrag leisten, kann das gelingen. Dieser umfassende Ansatz wirkt sich nicht nur positiv auf die Arbeitsbedingungen, die Gesundheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten aus, sondern steigert auch die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit einer Organisation, da sich gesundheitliche und wirtschaftliche Faktoren bedingen. Langfristiges Ziel der BGF ist die „gesunde Organisation“, in der alle nur profitieren können.

3.3 Was kann betriebliche Gesundheitsförderung? Konsequenzen für betriebliche Gesundheitsförderung

Vor dem Hintergrund der Gesundheitsförderungsleitlinien, wie sie oben beschrieben sind, kommt der betrieblichen Gesundheitsförderung in einem solchen Rahmenkonzept eine besondere Bedeutung zu (Bamberg et al., 1998 S. 19). Die Bedeutung der Arbeit für die Gesundheit haben zahlreiche epidemiologische und arbeitspsychologische Untersuchungen bereits nachgewiesen. Dass die Arbeitswelt eine Menge an gesundheitlichen Risiken mit sich bringt (wie Lärm, Hitze, Staub, psychomentele Belastungen u.v.a.) ist unumstritten, gleichzeitig bietet die Arbeit aber auch Möglichkeiten der Selbstentfaltung, der Persönlichkeitsentwicklung und des Wohlbefinden. Wenn die oben genannten Leitlinien zur Gesundheitsförderung aufgegriffen werden, so kann BGF, als übergreifendes Konzept, das gesundheitsbezogene Interventionen nicht ersetzt, sondern integriert und erweitert, verstanden werden. Wie schon erwähnt wurde, beinhaltet also Gesundheitsförderung gegenüber anderen präventiv ausgerichteten Maßnahmen, dass nicht nur der Schutz der Gesundheit oder die Reduzierung von Risikofaktoren intendiert wird, sondern dass die Beschäftigten selbst aktiv für die Förderung ihrer Gesundheit eintreten können. Betriebliche Gesundheitsförderung setzt somit Mitbestimmung der Mitarbeiter/innen voraus. Aus all

diesen Überlegungen ergeben sich nach Bamberg et al. (1998, S. 19) folgende Konsequenzen für die betriebliche Gesundheitsförderung:

- BGF befasst neben somatischen auch psychosoziale Aspekte der Gesundheit.
- Die Aufgabe von BGF ist die Identifizierung positiver Merkmale der Arbeit, die das Wohlbefinden und die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten erhöhen, die Arbeit entsprechend zu gestalten.
- BGF qualifiziert, indem sie die Kompetenzen der Beschäftigten erweitert.
- Damit ist Gesundheitsförderung sowohl situations- als auch personenorientiert. Nicht nur verhaltensändernde Angebote, auch verhältnisbezogene Maßnahmen müssen berücksichtigt werden.
- Alle Beschäftigten sind betroffen, nicht nur eine spezifische Risikogruppe eines Unternehmens.
- BGF als langfristig angelegtes Konzept berücksichtigt alle Akteure, einschließlich der Beschäftigten und der Gesundheitsexpert/innen
- BGF setzt Mitbestimmung voraus.

Die Praxis zeigt jedoch, dass die oben genannten Punkte gesundheitsbezogene Maßnahmen nicht charakterisieren. An dieser Stelle ist wichtig zu erwähnen, dass die Leitlinien nicht Standards beschreibt, die es einzuhalten gilt, sondern vielmehr im Sinne von Prinzipien zu verstehen sind, an die eine Annäherung anzustreben ist und die bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung verfolgt werden sollten. Im konkreten Fall ist es erforderlich, die Leitlinien zu spezifizieren und zu gewichten.

3.4 Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF)

Das seit 1996 existierende *Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung* ist ein Zusammenschluss von Institutionen des staatlichen Arbeitsschutzes und des öffentlichen Gesundheitswesens aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie des Europäischen Wirtschaftsraumes. Es entstand auf Hintergrund des Gemeinschaftsprogramms der Europäischen Union zur Gesundheitsförderung. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) in Dortmund hat die Aufgabe der internationalen Koordination.

Betriebliche Gesundheitsförderung versteht sich als moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (vgl. BKK Bundesverband 2005). Das gemeinsame Verständnis betrieblicher Gesundheitsförderung entstand mit der Verabschiedung der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU. Die Verknüpfung dreier Ansätze wird daher empfohlen, um dies zu erreichen (Spicker & Schopf, 2007, S. 3; Breucker, 1999, S. 33):

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und –bedingungen,
- Förderung einer aktiven Teilnahme aller Beteiligten,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

BGF ist Bestandteil der folgenden betrieblichen Disziplinen, als ganzheitlicher und interdisziplinärer Ansatz zu verstehen:

- Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Personalwirtschaft (Organisations- und Personalentwicklung)
- Qualitätssicherung
- Management
- Personalvertretung

Auf dieser Grundlage leiten sich nun Vision und Auftrag des Netzwerkes ab. Erfolgreiche Unternehmen und öffentliche Organisationen der Zukunft zeichnen sich durch Managementsysteme aus, die wirtschaftliche und sachliche Organisationsziele mit den Bedürfnissen, Ressourcen und Interessen der Mitarbeiter/innen langfristig und dauerhaft verknüpfen. „Gesunde Organisationen mit gesunden Mitarbeiter/innen“ ist das sinngebende Leitbild.

Das Netzwerk hat es sich zur Aufgabe gemacht, betriebliche Gesundheitsförderung europaweit bekannt zu machen. Auf Basis eines kontinuierlichen Erfahrungsaustausches zwischen den Mitgliedsstaaten werden nachahmenswerte Praxisbeispiele der BGF analysiert, identifiziert und verbreitet. Ebenso werden Leitlinien für eine effektive BGF entwickelt.

Betriebliche Gesundheitsförderung hat anfänglich in großen Unternehmen Anwendung gefunden. Da jedoch fast zwei Drittel aller Beschäftigten in Klein- und Mittelunternehmen arbeiten, hat sich das Netzwerk zum Aufgabenschwerpunkt erklärt, die besonderen Anforderungen der Klein- und Mittelunternehmen zu berücksichtigen und BGF verstärkt in diesen Betriebsarten zu integrieren. Kriterien für eine gute Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in kleinen Unternehmen, sowie ausgewählte Models of good practice werden im sechsten Kapitel ausführlich behandelt und vorgestellt.

In der Durchführung der Arbeitsprogramme versucht das Netzwerk einen möglichst breiten Konsens sowohl zwischen den vertretenen Mitgliedsländern wie auch zwischen den repräsentierten Institutionen herzustellen. Seine Aktivitäten schaffen einen allgemeinen Orientierungsrahmen, um die unterschiedlichen Ansätze und Verfahrensweisen der Gesundheitsförderung und ihrer Qualitätssicherung unter einem „europäischen Dach“ zusammenzuführen.

3.5 Erfolgsfaktoren und Grundprinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung

Wird betriebliche Gesundheitsförderung nach den in der Luxemburger Deklaration formulierten Leitlinien, die unten kurz beschrieben werden, gestaltet, so kann das Ziel der BGF – „gesunde Mitarbeiter in gesunden Organisationen“ wirksam und nachhaltig erreicht werden (BKK Bundesverband, 2004, 2005). Die folgenden vier Merkmale lassen sich aufgrund der aus der Praxis entstandenen empirischen Untersuchungsergebnisse als *Erfolgsfaktoren* für BGF-Maßnahmen verstehen.

3.5.1 Partizipation

Als **Partizipation** wird die Beteiligung der gesamten Belegschaft am BGF-Prozess verstanden. Nicht nur, dass dadurch das spezielle Wissen der Mitarbeiter/innen als „Expert/innen in eigener Sache“ aktiv genutzt werden kann; es bedeutet auch, Eigenverantwortung der Beschäftigten zu fördern und letztlich die Akzeptanz für BGF zu erhöhen.

3.5.2 Integration

Integration versteht die systematische Berücksichtigung der BGF bei allen Entscheidungsprozessen und in allen Bereichen der Organisation. Gesundheit wird auf allen Hierarchieebenen als Entscheidungskriterium einbezogen und wird dadurch nach und nach Teil der Unternehmenskultur. Werden unter Umständen nur einzelne Abteilungen oder Organisationsbereiche in ein BGF-Projekt eingebunden, heißt das nicht, dass dies dieser Leitlinie widerspricht.

3.5.3 Projektmanagement

Projektmanagement umfasst den gesamten BGF-Prozess, von der Analyse über die Planung und Umsetzung von Maßnahmen bis zur Bewertung von Ergebnissen. Dieser wird systematisch durchgeführt und dokumentiert. Grund dafür ist die Erleichterung der Zielerreichung und die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Projektaktivitäten nach innen und außen.

Ducki (1998, S. 140) hat den idealtypischen Ablauf für ein umfangreiches, meist mehrjähriges Gesundheitsförderungsprojekt in vier Phasen strukturiert. „Er basiert im wesentlichen auf den Regeln des effektiven Projektmanagements und ist in verschiedenen Handbüchern und Leitlinien zur Gesundheitsförderung nachzulesen“ (BKK Handbuch, AOK Handbuch). Wichtig ist dabei der Projektablauf, der in der Praxis an die jeweiligen betrieblichen Besonderheiten angepasst werden muss. So müssen zum Beispiel andere Projektstrukturen für Kleinbetriebe als für Großunternehmen entwickelt werden.

1. Phase: In der **Konstituierungs- und Zielfindungsphase** berät sich ein betriebliches Gremium (häufig wird ein „Arbeitskreis Gesundheit“ aus Vertreter/innen der betrieblichen Entscheidungsträger/innen und Expert/innen zum Thema Gesundheit gebildet), um das Problem genauer zu beschreiben und eine Zielvorgabe zu entwickeln. Daraus leitet sich das weitere Vorgehen ab. Beim Zielfindungsprozess wird häufig ein externer Moderator hinzugezogen, da die Interessensgruppen unterschiedliche Problemansichten, Ursachenzuschreibung und Zielformulierungen äußern. Langfristig kann sich nur auf Basis konsensualer Ziele ein gesundheitsförderlicher betrieblicher Prozess entwickeln. Der Schwerpunkt sollte in dieser Phase auf die gemeinsame tragfähige Zieldefinition gelegt werden. Ergebnis ist ein Gremium mit einer festen Zusammensetzung und einer groben Zielvorgabe.

2. Phase: Die **Planungs- und Analysephase** kreist das Problem ein und plant das Vorgehen. Häufig wird eine ausführliche Ursachenanalyse mit Hilfe verschiedener Analysen (betriebsspezifisch aufbereitete Arbeitsunfähigkeits-Analysen der Krankenkassen, Mitarbeiterbefragungen, Arbeitsplatzanalysen) verwendet. Das Gremium wertet die verschiedenen Analysen sukzessiv aus und fasst diese, z.B. in mehrstündigen Hypothesen-Workshops, zusammen. Durch die mögliche Ursachen-Wirkungszusammenhänge werden Hypothesen entwickelt und jene mit der größten Wahrscheinlichkeit ausgewählt und weiter verfolgt. Spezielle betriebliche Problembereiche oder Themen werden eingegrenzt und mögliche Interventionen auf Sinn, Nutzen und Kosten hin überprüft. Die für das jeweilige Problem geeignete Intervention (siehe

nächstes Kapitel) wird ausgewählt und die Durchführung dieser vorbereitet. Schritte dafür sind das Ansprechen der Mitarbeiter/innen und Vorgesetzten, das zur Verfügung stellen der Mittel u.a. Die Kriterien zur späteren Überprüfung der Interventionen sollen bereits hier festgelegt werden. Professionelle Hilfe und Unterstützung von außen ist dabei nicht selten.

3. Phase: In der **Durchführungsphase** werden nun die Interventionsvorschläge realisiert. „Ein effektives Projektmanagement beinhaltet in dieser Phase, dass es klare Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Zeitvorgaben für Teilinterventionen sowie eine kontinuierliche Informationspflicht an den Lenkungs- und Koordinationskreis gibt“ (zitiert nach Ducki, 1998, S. 142). Komplexe Maßnahmen verlangen oft die Bildung von Untergruppen, die für konkrete Einzelinterventionen verantwortlich sind und deren Ablauf begleiten und überwachen. Die Art und Weise der Intervention (Einführung einer Gruppenarbeit, um neue Projekte zu initiieren, dauern länger als Neuanschaffungen bestimmter Arbeitsmittel) bestimmt die Phasendauer.
4. Phase: Abschließend werden die erfolgten Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und ihrer Effizienz in der **Auswertung und Evaluationsphase** überprüft. Wiederholte Mitarbeiter/innenbefragungen oder Arbeitsplatzanalysen oder der Krankenstand in der betroffenen Abteilung sind beliebte Mittel zur Überprüfung. Bringen die gewonnen Ergebnisse nun Kenntnisse und Erfahrungen daraus, dass das „Modelprojekt“ auch auf andere Abteilungen übertragen werden kann, so wird der Ablauf weiterer Interventionen modifiziert. Die Beurteilung der Interventionen gestaltet sich als kommunikativer Prozess, an denen vor allem die daran Beteiligten (Mitarbeiter/innen und Vorgesetzte der Abteilungen, die betrieblichen Expert/innen, die die Interventionen geplant und begleitet haben, sowie die externen Berater/innen) hinzugezogen werden. Aus den Ergebnissen werden neue Projekte der BGF folgen, ursprüngliche Ziele werden korrigiert oder konkretisiert und der dargestellte Prozess beginnt in abgewandelter Form auf höherem Niveau wieder von vorne.

Konstituierung und Zielfindung

- Gründung eines Steuerkreises unter Beteiligung aller relevanten betrieblichen Gruppen
- Konsensuale Zielfindung und Problemdefinition



Planung und Analyse

- Differenzierte Problembeschreibung und Ursachenanalyse mit Hilfe verschiedener Analysemethoden
- Durchführung von Analysen
- Auswertung der Analysen
- Auswahl geeigneter Interventionen auf Basis der Ursachenanalyse
- Planung und Vorbereitung der Intervention
- Festlegung der Evaluationskriterien



Durchführung von Interventionen

- Festlegung von Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten, Zeitrahmen



Auswertung und Evaluation

- Auswertung der erfolgten Intervention nach vorher festgelegten Kriterien
- Ggf. Änderungen der Intervention
- Überprüfung der Übertragbarkeit der Intervention auf andere betriebliche Bereiche

Abbildung 2: Schritte bei der Implementierung des Gesundheitsmanagements (nach Ducki, 1998, S. 143).

3.5.4 Ganzheitlichkeit

Ganzheitlichkeit: BGF verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem der Förderung von Gesundheitspotentialen. Sie richtet den Blick auf das Verhalten der einzelnen Beschäftigten und auf die Gesamtorganisation. Daher beinhaltet sie sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen

3.6 Interventionsebenen und Inhalte der betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung wird unter dem Leitthema „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Organisationen“ mit unterschiedlichen Maßnahmen und Handlungsfeldern benannt.

Um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen und die Arbeitsbedingungen in der Organisation zu verbessern, gibt es eine Reihe unterschiedlicher Möglichkeiten, an denen die Interventionsprogramme ansetzen können. Welche Interventionsstrategie gewählt wird, ist von zahlreichen Voraussetzungen und Bedingungsfaktoren abhängig. Als Beispiel für die Unterschiede dient das unten angeführte Muster:

- Unternehmensgröße und Branchenzugehörigkeit
- Vorhandensein innerbetrieblicher Strukturen des Arbeitsschutzes
- Technologischer Entwicklungsstandard der Organisation
- Zielgruppe
- Struktur der Arbeitstätigkeiten
- Vorhandensein gesundheitlicher Risiken und Ressourcen

Die Unterschiedlichkeit von Klein- zu Großunternehmen schlägt sich in der Vielfalt der Interventionsmöglichkeiten in der betrieblichen Gesundheitsförderung nieder und verlangt, die Strategien konzeptionell zu systematisieren. Ducki (1998, S. 136) differenziert personen- und bedingungsbezogene bzw. verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionsstrategien (Beispiele dazu siehe Abb. 2).

Geht es um konkrete Interventionen, also um die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, so lassen sich prinzipiell vier Ebenen bilden, um Belastungen zu reduzieren und Gesundheitspotentiale zu stärken (Springer & Schopf, 2007, S. 42):

- Reduktion von Belastungen auf Ebene der Organisation (verhältnisorientiert)
- Reduktion von Belastungen auf Ebene der Person (verhaltensorientiert)
- Aufbau von Ressourcen auf Ebene der Organisation
- Aufbau von Ressourcen und Fähigkeiten auf Ebene der Person

Die nachfolgende Tabelle zeigt Interventionsebenen mit beispielhaften Maßnahmen, an denen BGF ansetzen kann. Diese Beispiele können adaptiert, unabhängig von Betriebsbranche und –größe, auf alle Unternehmen übertragen werden.

	Reduktion von Belastungen	Aufbau von Ressourcen
Organisation (verhältnisorientiert)	<ul style="list-style-type: none"> • ergonomische Veränderungen • Anschaffung von Hebehilfen • (Neu-) Gestaltung von Arbeits- und Pausenräumen • Einrichtung von rauchfreien Zonen • Bessere Pausenregelung u.a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung von Teambesprechungen • Autonome Gestaltung von Dienstplänen • Arbeitsaufgaben mit hohen Entscheidungsspielräumen • Beteiligungsmöglichkeiten • Erhalt von Arbeitsplätzen für ältere Menschen u.a.
Person (verhaltensorientiert)	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenschule • Bewegungs- und Ernährungsprogramm • Haut- und Infektionsschutz • Rauchentwöhnung • Sucht-Prävention u.a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seminare zu Stress- oder Konfliktmanagement • Führungskräfte-Trainings • Willkommensfeier für neue Mitarbeiter/innen • Job-Rotation u.a.

Abbildung 3: Vier Ebenen der Intervention (nach Springer & Schopf, 2007, S. 42)

In der Praxis ist diese Trennung der vier Ebenen nicht immer eindeutig. Sie erleichtert aber in jedem Fall die Planung und Zuordnung von Maßnahmen. Zusammengefasst und kurz gesagt, zielen verhältnisorientierte Maßnahmen primär auf Veränderung von Arbeitsbedingungen und –situationen ab, verhaltensorientierte stellen Verhaltensänderungen der Mitarbeiter/innen in den Vordergrund. Grundsätzlich sollte der Schwerpunkt auf verhältnisbezogenen Maßnahmen liegen, da sie eine dauerhafte Veränderung gewährleisten. Sinnvolle verhaltensbezogene Interventionen sollen die verhältnisorientierten Aktivitäten ergänzen.

Auch laut Ducki (1998, S. 136) ist eine Abgrenzung der beiden Interventionsformen nicht immer eindeutig. So kann eine Veränderung von Führungs- und Kommunikationsstrukturen zu einem bedingungs- und personenbezogenen Prozess führen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die eine Maßnahmengruppe zumindest Elemente der anderen impliziert. So ist es notwendig, bei einer veränderten Arbeitsgestaltung als bedingungsbezogene Intervention die Beschäftigten als personenbezogene Intervention einzuweisen. Das Ziel der Maßnahmen kann auf eine Verbesserung der Bedingungen ausgerichtet sein (Gestaltung der Arbeitsumgebung oder die Erhöhung der Qualifikationsanforderungen bei der Arbeitstätigkeit).

In der Praxis sieht es häufig noch anders aus, trotzdem besteht BGF per Definition aus einem Mix verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen (Luxemburger Deklaration, BKK Bundesverband, 2005).

Welche Maßnahmen nun zum Einsatz kommen, ist von den unterschiedlichen Kriterien abhängig. Die Entscheidung darüber muss sich an der Bedarfsgerechtigkeit, der wissenschaftlichen Fundiertheit, der Wirtschaftlichkeit und der Akzeptanz durch die Betroffenen messen lassen. Dort wo der größte Bedarf besteht, sollen die Maßnahmen ansetzen. Badura und Ritter (1998, S. 232) sehen auch die hinreichende Klarheit über den Grad der wissenschaftlichen Fundiertheit einzelner Maßnahmen als sehr wichtig an. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass Interventionen nur dann den größten Erfolg versprechen, wenn sie geeignet sind, längerfristig die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten zu erhöhen. Hinzu kommt die Kombination von personenbezogenen und bedingungsbezogenen Maßnahmen. Schon im Vorfeld soll die Problemvermeidung berücksichtigt werden. Eine nachträgliche Reparatur bestehender Verhältnisse und Verhaltensweise könnte sich als nicht human und kostenintensiv herausstellen.

3.7 Welchen Nutzen ziehen die verschiedenen Interessent/innen aus den betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen?

Dieses Kapitel zeigt die Vorteile von BGF für die verschiedenen Interessensträger/innen auf. Ebenso wird der Frage nach der Kostenberechnung und Kostensenkung nachgegangen, als langfristige Investition in die Gesundheit der Mitarbeiter/innen und Systemoptimierung, die eine erstaunliche langfristige Rentabilität verspricht.

Die bereits zahlreich durchgeführten Projekte und Studien liefern nicht nur Theorien, Konzepte und Analyseinstrumente, sondern auch innovative Strategien für eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung. Auch die Literatur bietet gesundheitsbezogene Verbesserungsprozesse in Unternehmen, Möglichkeiten zur Planung, Organisation, Gestaltung, Kontrolle und Bewertung der Verwaltung dieser Prozesse.

Dass das Hauptziel der BGF in der Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Mitarbeiter/innen liegt, und damit im weitesten Sinn in der Schaffung von Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben in der Gesellschaft, steht nach all den vorgestellten Kapiteln fest. Dem gegenüber steht natürlich die Tatsache, dass auch die Unternehmen einen wirtschaftlichen Vorteil daraus ziehen, wenn sie betriebliche Gesundheitsförderung in ihre Kalkulation und Kostenaufstellung miteinbeziehen.

Laut Kuhn (2000) haben BGF und deren Maßnahmen nur dann eine Chance auf Umsetzung, wenn sie dem Prinzip der Gewinnerzielung nicht widersprechen bzw. wenn sie sogar einen höheren Nutzen für das Unternehmen erzielen.

Daraus ergeben sich anfangs mehrere Probleme. Dies liegt vorerst darin, dass vor allem bei der Bestimmung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von gesundheitsförderlichen Programmen kostenpolitische Argumente für die Unternehmen entstehen. Denn zwischen dem Anfallen der Kosten und dem Sichtbarwerden des Nutzens liegt eine Zeitspanne. So muss eine Investition getätigt werden, deren Zweckdienlichkeit nicht sofort auf der Hand liegt. Ein weiteres Problem in der ökonomischen Beurteilung ergibt sich aus der Schwierigkeit, die Nutzeffekte von BGF zu quantifizieren bzw. finanziell zu erfassen. Bamberg et al. (1998, S. 25) bringen es auf den Punkt: „Der immaterielle Gewinn von Gesundheit, der sich in einer hohen Identifizierung mit dem Unternehmen und einer hohen Arbeitsmotivation der Beschäftigten niederschlägt, findet betriebswirtschaftlich keinen unmittelbar messbaren Niederschlag“. Dies bedeutet, dass im Gegensatz zu den messbaren Verlusten durch Krankheit nur bedingt der Gewinn durch Gesundheit nachvollziehbar ist. Das Ergebnis einer Untersuchung (Hendrix, Summers, Leap & Steel, 1995; zitiert nach Bamberg et al., 1988, S. 25) zeigt den Gewinn von 1, 42 Dollar durch

Reduzierung des Krankenstandes gegenüber dem investierten Dollar für die Gesundheitsförderung.

Es ist also schwierig, BGF über die rein finanzielle Betrachtung des Nutzens zu vermarkten. Umso wichtiger ist es, den qualitativen Nutzen noch viel stärker in den Vordergrund zu rücken und die Sinnhaftigkeit der Investition in das sogenannte Humankapital für die Unternehmen vermehrt zu unterstreichen. Die Arbeitnehmer/innen sind es, die den Betriebserfolg eines Unternehmens erst ermöglichen. Daraus ergibt sich auf Seiten der Wissenschaft und der Akteur/innen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Forderung, Erhebungsdaten zu entwickeln bzw. in ihre Praxis zu integrieren, die auch nicht finanziell quantifizierbare Nutzeneffekte berücksichtigen.

Wie nun die Unternehmer/innen von einem umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagement profitieren, zeigen die vielfältigen Argumente und Begründungslinien (Meifert & Kesting, 2004, S. 9):

- Ein erhöhter Gesundheitsstatus der Mitarbeiter/innen kann die Arbeitsunfähigkeitsquote systematisch verringern. Dies führt langfristig zu erheblichen Einsparungen.
- Die verminderte psychische und physische Leistungsfähigkeit wird gesteigert, aufgrund des geringen Wohlbefindens am Arbeitsplatz.
- Das Risiko von Unfällen im Arbeits- und Privatleben wird durch die erhöhte Wachsamkeit und das Reaktionsvermögen der Mitarbeiter/innen vermindert.
- Durch die Möglichkeit einer besseren Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben der Beschäftigten werden manifeste und potenzielle Konfliktfelder, die das Arbeitsleben beeinflussen, abgebaut.
- Durch die Zunahme von Kreativitäts- und Innovationsvermögen der Mitarbeiter/innen wird die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens gesteigert.
- Selbstverantwortung und Commitment werden entwickelt, da die Mitarbeiter/innen in arbeitsplatzrelevante Gestaltungsfragen eingebunden werden.
- Aufbauend darauf entwickelt sich eine kontinuierliche Verbesserung von Arbeitsbedingungen durch kritische Analysen in Fokusgruppen oder Gesundheitszirkeln und daraus resultierender Maßnahmenplanung.
- Die innerbetriebliche Diskussion aus gesundheitsförderlicher Perspektive über neue Arbeitsformen fördert die Akzeptanz dieser.
- Durch die Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Bsp.: Gesundheitszirkel) entsteht ein Dialog, der das positive Betriebsklima fördert. Damit kann

von einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und somit von einem dauerhaft kulturprägenden Effekt ausgegangen werden.

- Die Akquirierung hochqualifizierter Fach- und Führungskräfte sowie deren dauerhafte Bindung an das Unternehmen ist wegen der Attraktivitätssteigerung der Organisation von erheblichem Vorteil.

Thiehoff (2004, S. 76) betont, dass mit dem betrieblichen Balancierungsprozessen von wirtschaftlichen und gesundheitlichen Interessen auch Grundlagen zur Verbesserung der Qualität der Arbeit geschaffen werden. Betriebswirtschaftliche Evaluierungsverfahren sind nicht nur für die Gesundheitsprävention sondern auch für die breitere Klammer einer „Neuen Qualität der Arbeit“ geeignet und notwendig. Dadurch werden die wirtschaftlichen Vorteile besserer Arbeitsbedingungen, neuer Arbeitsorganisationsformen sowie der Investitionen in Qualifikation, Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Menschen sichtbar und rechenbar gemacht.

„Das Management der Arbeitsweltfaktoren schafft einen kontinuierlichen evaluierten Rückkopplungskreis, der sowohl das Interesse der Unternehmensleitungen, als auch die Motivation der beteiligten Mitarbeiter immer wieder stimuliert und zu Verbesserungen anreizt“ (zitiert nach Thiehoff, 2004, S. 76). In Zukunft wird dieser betriebliche Optimierungsprozess für die volkswirtschaftliche Entwicklung immer bedeutsamer. Denn nur wer Gesundheit, Qualifikation, Motivation, Kreativität, Lernbereitschaft und Innovationsfähigkeit systematisch fordert, kann auch im globalen Wettbewerb bestehen. Diese Schlüsselqualifikationen der neuen Arbeitswelt sind „das wirtschaftliche Potential der Zukunft“.

Aus den Praxisbeispielen der Literatur geht deutlich hervor, dass vier Gruppen von Akteur/innen betriebliche Gesundheitsaktionen initiierten und verwirklichen: betriebliche Entscheidungsträger/innen (die Organisation, das Unternehmen), die Beschäftigten und ihre betriebliche oder gewerkschaftliche Interessensvertretung, Krankenkassen sowie Expert/innen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Andere wichtige Akteur/innen wären staatliche Gesundheitsdienste und andere öffentlich-rechtliche Träger/innen der Sozialversicherung mit Gesundheitsschutzaufgaben. Der Erfolg für BGF liegt darin, die zentralen Interessen und Kompetenzen dieser vier Gruppen zu erkennen und zu berücksichtigen.

Welche Vorteile und welchen Nutzen nun BGF für die einzelnen Interessensgruppen mit sich bringt, zeigen zusammenfassend die folgenden Auflistungen (Österreichisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 2001; Demmer, 1996, S. 39).

Nutzen für die Unternehmen / die Organisation: Wirtschaftliche Interessen und Entscheidungskompetenzen

Gesundheit und Gesundheitsförderung sind für Arbeitgeber/innen kein prioritäres Interesse, sondern eher:

- Wahrnehmung der sozialen Verantwortung als Arbeitgeber/in
- Erreichung ökonomischer Ziele
- Reduktion vermeidbarer Kosten durch krankheitsbedingte Absenzzzeiten oder eingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit
- Qualitätssteigerung der Leistungen und Innovationen durch optimale Leistungsfähigkeit
- Produktivitätssteigerung
- Wettbewerbsvorteile
- Aufbau eines unverwechselbaren Profils
- Geringere Fluktuation, dadurch Kostensenkung der Rekrutierung und der Qualifizierung
- Gesundheitsförderung wird als Prestige-Image genutzt. Dies fördert auch das öffentliche Image des Unternehmens und steigert die Attraktivität als Arbeitgeber; dadurch bedingt werden hervorragende Mitarbeiter „High Potentials“ angezogen.

Nach Demmer (1996, S. 39) haben Arbeitgeber/innen eine Abneigung gegen staatlich verordnete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Störungen des Betriebsablaufs durch äußere Einflüsse. Deshalb ziehen sie individuell-verhaltensorientierte gegenüber arbeitsgestalterischen Maßnahmen vor. Neben der Entscheidungsbefugnis verfügt das Unternehmen über betriebswirtschaftliches und technisches Fachwissen. Dies hilft bei der Gesundheitsförderungsprojekten.

Nutzen für die Mitarbeiter/innen und ihre Interessensvertretung: Erfahrungswissen und Partizipationsinteresse

- Die Eigenverantwortung wird gestärkt.
- Ein allgemeines Gesundheitsbewusstsein wird geschaffen, das weit über die Arbeit hinaus reicht.
- Gesundheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit, Sicherheit und Motivation werden verbessert; somit wird eine höhere Lebensqualität durch Gesundheit gewährleistet.
- Stress-Faktoren werden reduziert und der Umgang mit spezifischen Problemen wird verbessert.
- Die Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit werden gesteigert.

- Das Betriebsklima wird verbessert; die sozialen Kontakte gefördert.
- Die Möglichkeit zur Mitgestaltung des Unternehmens wird gewährleistet.

Beide Gruppen wollen eine stärkere Verpflichtung des Arbeitgebers zu verhältnis-orientierten Maßnahmen des Gesundheitsschutzes. Skepsis herrscht gegenüber einseitig verhaltens- und individuenorientierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Da sie auch Leistungs- und Mitbestimmungsträger sind, bringt das Vorteile für den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess aufgrund des breiten tätigkeitsbezogenen und politischen Erfahrungswissens.

Nutzen für das Sozialversicherungssystem und Gesundheitsdienst: Prävention und Risikobegrenzung:

Im Interesse von staatlichen Gesundheitsbehörden oder öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungsträger/innen (Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung) an BGF stehen der optimale Gesundheitsschutz der Erwerbstätigen. Die unten angeführten Punkte fassen diese kurz zusammen.

- Reduktion der Kosten
- Gesunde Arbeitsbedingungen verbessern die Gesundheit der Gesamtbevölkerung
- Einsparungen bei Ausgaben
- Medizinische Leistungen werden weniger nachgefragt
- Durch eine Verlängerung des Arbeitslebens erhöhen sich Erwerbs- und Beitragszeiten

Laut der ENWHP Broschüre (S.10) belegen nationale Analysen Einsparungsmöglichkeiten von einem Drittel durch arbeitsbedingte Krankheiten verursachte Kosten.

Und Felderer (2004) betont, dass sich mit Gesundheitsförderung in Österreich Einsparungen in der Höhe von bis zu € 3,6 Mrd. oder 1,7% des BIP erzielen lassen.

Das Aufgabengebiet der Sozialversicherungsträger im Bereich Arbeit und Gesundheit lasse sich mit den Begriffen Kompensation, Normierung und Prävention beschreiben. Sie sind aber auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Multiplikator/innen und Mediator/innen der Gesundheitsförderung zuständig. Dabei liegt die Kompetenz insbesondere in der Vermittlung, Beratung und Moderation.

Nutzen der Expert/innen als professionelle Berater/innen im betrieblichen Gesundheitsschutz:

Das Interesse dieser Gruppe, v.a. Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte, richtet sich in der Erfüllung vorgegebener Standards. Die Anerkennung von den Unternehmen und Arbeitnehmer/innen als Berater mit besonderem Gesundheits-Know-how und auf der Basis nachweislicher Erfolge ist besonders wichtig. Sie arbeiten sekundär-präventiv oder kurativ orientiert. In der BGF übernehmen sie die Rolle von Initiator/innen, von Mittler/innen und Fachberater/innen mit medizinischen und/oder technischen Fachkompetenzen.

Als fünfte Gruppe profitiert letztendlich natürlich auch die Wirtschaft von „gesunden Unternehmen“.

Nutzen der Wirtschaft:

- Qualität der Leistungen
- Nutzung von Synergiepotentialen in Netzwerken und Partnerschaften

Zusammenfassend lässt sich demnach feststellen, dass BGF zu einer Win-Win Situation für alle Stakeholder führt. Laut dem European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) belegen zahlreiche Models of good practice und Studien die positiven Wirkungen von BGF. Beispiele aus der Praxis, z. B. Unternehmen wie Volkswagen AG, Siemens, Glaxo well@come, zeigen deutlich, dass die Gewinne durch eine Fehlzeitenreduktion weit über die Investitionen eines systematischen und umfangreichen Gesundheitsmanagement hinaus gehen (www.enwhp.org).

Diese Kurzcharakterisierung der Hauptakteur/innen und Interessensgruppen der BGF ist natürlich vereinfachend und verallgemeinernd dargestellt. Die dominierenden Merkmale wurden herausgestrichen. Natürlich kann in der Praxis die Orientierung auch innerhalb einer Gruppe unterschiedlich ausgeprägt sein.

Durch Evaluation und Qualitätssicherung von BGF-Maßnahmen werden erst für alle Interessengruppen der Nutzen und die Effekte von gesundheitsfördernden Programmen im Betrieb sichtbar und bewertbar gemacht. Evaluation, als hilfreiches Instrument zur Einführung betrieblicher Gesundheitsförderungsprogramme, belegt Wirksamkeit und Nutzen und kann als Modell und Indikator für die Alltagspraxis herangezogen werden.

4 Qualität in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Ziel der folgenden Kapitel ist es, die Grundbegriffe zu klären und die vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung entwickelten Qualitätskriterien zu beschreiben.

Dieses Kapitel zeigt, wie wichtig die Qualitätsfrage in der betrieblichen Gesundheitsförderung geworden ist. Hierbei sind ebenfalls die Begriffe rund um Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung von großer Bedeutung. Die folgenden Abschnitte behandeln Ansatzpunkte der Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung, genauso wie die damit verbundenen Themen des Gesundheitsmanagements und der Organisationsentwicklung. Ebenso wird der Frage nach der betrieblichen Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklungsstrategie nachgegangen. Abschließend befasst sich das Kapitel mit dem Nutzen der Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung und welche Vorteile die Sicherung der Qualität von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit sich bringt.

Die in den vergangenen Jahren immer stärker wachsende Zahl an Gesundheitsförderungsprojekten wirft in letzter Zeit in Österreich immer mehr eine Diskussion über die Qualität der Projekte bzw. der Gesundheitsförderung insgesamt auf. Dies entspricht durchaus dem internationalen Trend. Beispielsweise werden auch im Rahmen eines von der Europäischen Kommission unterstützten Projektes Strategien der Qualitätsbeurteilung in der Gesundheitsförderung in Europa weiterentwickelt.

Die Frage nach dem Grund für die zunehmende Bedeutung von Qualität kann damit beantwortet werden, dass Qualität in der Gesundheitsförderung aus dem Bedürfnis nach Sicherstellung der beauftragten Leistung sowie aus dem Wunsch nach Befriedigung von Bedürfnissen und Erwartungen der Zielgruppen stammt. Qualität hat aber neben dieser subjektiven Legitimation vor allem wirtschaftlich eine große Bedeutung. Denn eine hohe Qualität eines Projektes oder einer Initiative in der Gesundheitsförderung gewährleistet einen guten Erfolg und bessere Wirtschaftlichkeit. Ein Ziel, das in Zeiten der Budgetkonsolidierung immer wichtiger wird. Die Qualitätsdiskussion hat sich aber auch vor dem Hintergrund der Wissenschaftlichkeit und Professionalisierung von Gesundheitsförderung entwickelt.

In der Industrie sind Konzepte und Strategien des Qualitätsmanagement fest verankert, mittlerweile findet man sie auch im Gesundheitswesen.

Der Generaldirektor-Stellvertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger spricht auf der vierten Expert/innentagung zur Gesundheitsförderung (1998) über die Legitimation der Debatte um Qualitätskontrolle in der Gesundheits-

förderung. Angesichts der beträchtlichen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung ist es unumgänglich, dass auf die Effizienz und Qualität der Maßnahmen geachtet wird. Diese werden im wesentlichen aus den Geldern der Beitrags- und Steuerzahler/innen finanziert. Außerdem meint er:

“Qualitätssicherung als eine zentrale Managementaufgabe, wie sie im kurativen Bereich – in Form von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – zunehmend gefordert und umgesetzt wird, muss daher auch im Bereich der Gesundheitsförderung stattfinden. Evaluation einschließlich der Umsetzung der Erkenntnisse muss zu einem integralen Bestandteil gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte werden. Nur so kann sich die Gesundheitsförderung auf Dauer als unabhängig von sozialpolitischen Vorlieben ernstzunehmender, d.h. wissenschaftlich fundierter, ökonomisch effizienter und organisatorisch professionell umgesetzter Teil des Gesundheitswesens etablieren.“ (zitiert nach Dür & Pelikan, 1998, Vorwort).

4.1 Qualitätsbegriff und Ansatzpunkte der Qualität, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Bei der Auseinandersetzung mit der Qualitätsthematik stößt man vorerst auf die Definition des Qualitätsbegriffes oder auf die Frage, was *Qualität* überhaupt bedeutet. Der Literatur zu urteilen nach ist Qualität ein schwer definierbarer Begriff. Sie kann unterschiedlich gedeutet werden und letztendlich bestimmt die Zielrichtung den Definitionsinhalt. Auch Lobig (1999, S. 53) ist der Meinung, Qualität sei kein direkt beobachtbares Merkmal wie etwa ein bestimmtes Ereignis, ein spezifisches Verhalten oder eine Äußerung. „Qualität ist vielmehr ein Relationsbegriff, der etwas besagt über das Verhältnis der beobachteten Prozesse oder Ergebnisse zu bestimmten Zielvorstellungen, Erwartungen, Normen und Werte.“

„Nach der ISO 9004-2 wird Qualität als die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht, definiert“ (zitiert nach Badura & Ritter, 1998, S. 234).

Wie man nun zu solchen Normen und Vorstellungen gelangt, bestimmen sogenannte *Qualitätsstandards*. Dabei schlägt Ovretveit (1996; zitiert nach Lobig, 1999, S. 54) in der Qualitätsbestimmung der Gesundheitsförderung eine Kombination von drei Ebenen vor:

- die Zufriedenheit der Konsument/innen und Nutzer/innen,
- die Einschätzung von Expert/innen
- und die Effizienz im Management des Projektes bzw. der Intervention in Hinblick auf die Zielerreichung

Pelikan, Dietscher und Novak-Zezula (1998, S. 19) haben festgestellt, dass es bei der Qualitätsbeurteilung darum geht, „inwieweit eine Leistung (ein Produkt, eine Dienstleistung, ein Projekt) der erwarteten Idealvorstellung dieser Leistung tatsächlich entspricht. Dabei verfolgen sie bei der Beurteilung eine Verbindung von vier Operationen bezogen auf eine bestimmte Leistung:

- Bestimmung / Definition eines erwarteten Leistungsideals,
- Beschreibung / Messung der tatsächlichen Realisierung der zu beurteilenden Leistung,
- Vergleich der festgestellten Realisierung mit dem Leistungsideal und die
- Bewertung der ermittelten Differenz zwischen Ideal und Realisierung.

Dabei ist es vorrangig wichtig, Qualitäts-Probleme zu erkennen. Darauf aufbauend ist das Ziel der Qualitätsbeurteilung die Gewichtung der Probleme und schließlich die Diagnose der Ursachen für das Auftreten der Differenzen zwischen Idealzustand und dem tatsächlichen Stand.

Pfaff (2001, S. 31) hat sich um eine Definition bemüht und schreibt: „Qualität ist die Gesamtheit der Eigenschaften, die eine Sache geeignet machen, festgelegte oder vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“. Dabei kann es sich um ein Produkt oder Dienstleistung oder um natürliche Dinge handeln. Qualität kann dann gegeben sein, wenn die Produkteigenschaften oder die einer Dienstleistung durch gute Prozesse oder Produzenten zustande kommen, oder wenn das Produkt objektive Kriterien erfüllt. Auch wenn die Kund/innen die Qualität als gut bezeichnen. Somit kann die Qualität einer Leistung objektiv als auch subjektiv gegeben sein.

Die Qualitätsdebatte hat unterschiedliche Qualitätsphilosophien und -strategien durchlaufen. Der heutiger Stand beruht dabei auf den qualitätsfördernden Prozessen und Strukturen im Sinne eines Gesamtsystems des Total Quality Managements und dem Konzept des Empowerments der Leistungserbringer/innen mit dem Ziel der multiprofessionellen kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

4.1.1 Betrachtungsebene der Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung

Auf die Frage, wie man nun die Qualität der Gesundheitsförderung, im speziellen die der Betriebe, verbessern kann, verfolgt die gesamte Literatur eine Meinung als Ansatzpunkt für die Qualitätssicherung und –verbesserung:

Das von Donabedian 1966 vorgestellte Modell unterscheidet die drei Dimensionen der Qualität (vgl. Pelikan et al., 1998, S. 21ff; Lobig, 1999, S. 57, Neudert & Weber-Falkensammer, 2001, S. 232):

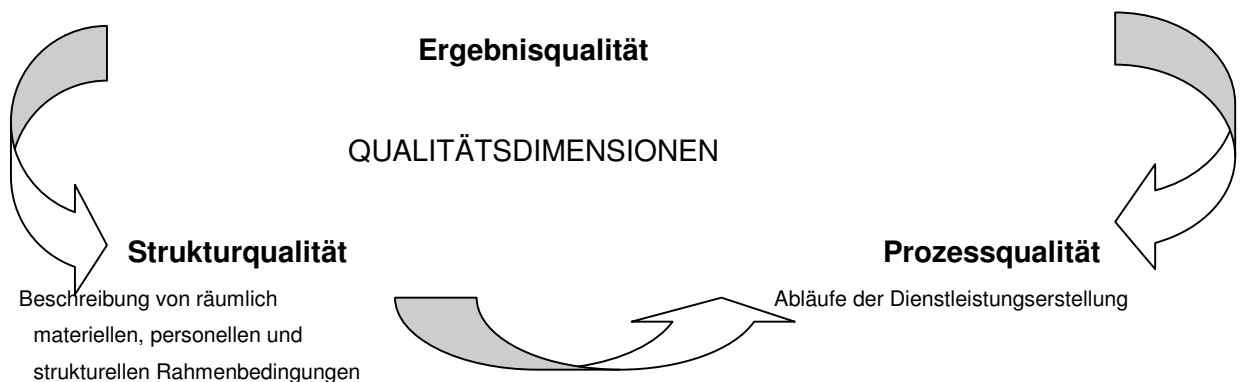


Abbildung 4: Qualitätsdimensionen nach Donabedian (Pelikan et al., 1998, S. 21).

Die **Strukturqualität** kann differenziert werden in organisatorische Rahmenbedingungen, personelle Ausstattung (die Anzahl, Qualifikation, berufliche Fort- und Weiterbildung, Motivation der Mitarbeiter/innen und die Anzahl der Qualitätssicherung qualifizierter Mitarbeiterinnen), sowie in materielle und finanzielle Ausstattung (Ausstattung in baulicher und apparativer Hinsicht inklusive Betriebsmittel sowie deren Inspektion, Wartung, Reparatur und Entsorgung). Im Bereich der Prävention und BGF kann dies beispielsweise auf die berufliche Qualifikation der Beschäftigten und der Anpassung dieser an die Tätigkeiten umgelegt werden. Auch die Fragen, ob bestimmte Arbeitsmittel und Schutzvorrichtungen vorhanden sind oder inwieweit der Personalschlüssel adäquat ist und ob die Vorgaben des Arbeitsschutzes erfüllt werden und welche Gesundheitsförderungsaktivitäten ein Unternehmen überhaupt durchführt fallen in die Beantwortung der Strukturqualität.

Ein Beispiel zur Betrachtung einzelner Gesundheitsförderungsmaßnahmen könnte eine Rückenstunde sein. Hier handelt es sich um Fragen, die betriebsintern geklärt werden müssen: Hat der Instruktor (Lehrende) auch die nötige Qualifikation und Ausbildung zum

Abhalten der Stunde, können alle Mitarbeiter/innen daran teilnehmen und kann das Unternehmen die nötigen Ressourcen, wie z.B.: einen Raum, zur Verfügung stellen?

Unter **Prozessqualität** werden alle Maßnahmen verstanden, die im Verlauf eines Produktions- bzw. Dienstleistungsprozesses ergriffen werden. Sie steht im Zentrum der Qualitätssicherung. Erfolgt die Leistungserstellung nach nachvollziehbaren und nachprüfbar Regeln, die dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, können die besten Ergebnisse erzielt werden. Art und Weise, wie Kommunikation, Kooperation und die Ko-Produktion sowohl zwischen den Berufsgruppen als auch zwischen den Leistungserbringern und den Kund/innen ablaufen bestimmen eine gute Prozessqualität. Außerdem summiert sie die Merkmale Struktur-, Regel- und Personalentwicklung. Konkret bedeutet dies, inwieweit entsprechen Art und Ablauf der Gesundheitsförderungsmaßnahmen dem Optimum. Fragen hierzu könnten folgendermaßen lauten: Wie sind die Maßnahmen und Programme in die bestehenden Unternehmensstrukturen und –prozesse eingebunden? Werden die Mitarbeiter/innen mit einer angemessenen Informationspolitik auf die Maßnahme aufmerksam gemacht? Gibt es Fortbildungen für die Führungskräfte zum Thema der Gesundheitsförderung? Sind die Mitarbeiter/innen mitspracheberechtigt? Sind die Gesundheitsförderungsmaßnahmen an den Bedürfnissen der Mitarbeiter/innen ausgerichtet? Gibt es Gesundheitszirkel? Koordiniert ein gut besetzter Steuerkreis die betriebliche Gesundheitsförderung? Werden die Maßnahmen systematisch dokumentiert, ausgewertet und optimiert?

Das Resultat der Prozessqualität, die wiederum das Ergebnis der Strukturqualität ist, wird als **Ergebnisqualität** verstanden. Daraus ergibt sich, dass die Ergebnisqualität nicht direkt durch Interventionen in das Ergebnis beeinflusst werden kann. Eine Qualitätsverbesserung des Ergebnisses kann nur indirekt über die Interventionen der Struktur und des Prozesses der Leistungserbringung erreicht werden. Verfolgte man eher anfangs eine Verbesserung der Strukturqualität, so rückt zunehmend die Verbesserung der Prozessqualität in den Aufmerksamkeitsfokus. Zusammenhängend mit unterschiedlichen Interessensträgern der Interventionen können für die Ergebnisqualität drei Merkmale differenziert werden:

- der Nutzen, im Sinn der Erfüllung von Bedürfnissen oder Bedarfs oder einer Nachfrage aus der Sicht von Nutzer/innen und Kund/innen
- die Effektivität, bezogen auf die Standards der Leistungserbringer oder Produzenten
- Effizienz als Relation zwischen Input und Outcomes, bzw. Mitteleinsatz und Nutzen oder Effektivität aus Sicht des Managements, das daran interessiert ist, die Kosten gering zu halten. Die Kund/innen wiederum teilen dieses Interesse an niedrigen Preisen.

Auf dieser Ebene werden also die Auswirkungen und der Erfolg von BGF betrachtet. Dies lässt sich z.B. an der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen und ihren subjektiven Belastungseinschätzungen, am Krankenstand und die Unfallhäufigkeit im Betrieb, an der Personalfuktuation und der Produktivität des Unternehmens, sowie an dem Grad des Erreichens vorher formulierter spezifischer Ziele festmachen.

Die drei Ebenen hängen vielfältig zusammen und beeinflussen sich gegenseitig in ihrer Wechselwirkung. Daraus ergibt sich letztendlich der Erfolg von Qualitäts- und Gesundheitsmanagement-Programmen. Denn setzen diese nur an einer der möglichen Bedingungen an, so greift dies zwangsläufig zu kurz. Schafft es das Unternehmen eine Unternehmenskultur zu schaffen, auf deren Basis die Steigerung von Motivation, Befindlichkeit und Gesundheit liegt, so wird auch die Arbeitsunfähigkeitsquote im Unternehmen verringert und die Produktivität der Belegschaft gesteigert. „Dies setzt eine umfassende Kenntnis der Aspekte des Arbeitslebens voraus, die einen tatsächlichen Beitrag zur Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen im Betrieb und zur Erhaltung der Gesundheit der Mitarbeiter leisten“ (zitiert nach Neudert & Weber-Falkensammer, 2001, S. 234).

Nach der Definition von Pelikan et al. (1998, S. 20) summiert **Qualitätssicherung** alle Maßnahmen des Qualitätsmanagements, der Qualitätsverbesserung und der Qualitätskontrolle. Pfaff (2001, S. 32) erweitert die Palette mit den Komponenten Qualitätsplanung, Qualitätserstellung und Qualitätsprüfung. Er versteht unter Qualitätssicherung die Gesamtheit der Aktivitäten, die sicherstellen sollen, dass ein Produkt oder eine Dienstleistung die vorgegebenen oder vorausgesetzten Erfordernisse erfüllt.

Nehmen die Kundenansprüche zu, so reicht eine statisch orientierte Qualitätssicherung nicht mehr aus. Sie muss durch die Strategie der **Qualitätsentwicklung** ergänzt werden. Dabei handelt es sich um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Die Steuerung dieses Prozesses der Qualitätsverbesserung ist wiederum Gegenstand des Qualitätsmanagements. Durch die Weiterentwicklung der zugrundeliegenden Prozesse und Strukturen kann es zu einer ständigen Verbesserung der Ergebnisqualität kommen (Pelikan et al., 1998, S. 26).

„Das **Qualitätsmanagement** formuliert eine Qualitätspolitik mit Zielen und Verantwortlichkeiten und versucht, diese über Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung umzusetzen“ (zitiert nach Pfaff, 2001, S. 32). Es zielt, in Abstimmung mit den übrigen Managementfunktionen, darauf ab, die Qualität der Produkte und Dienstleistungen nachhaltig zu sichern und kontinuierlich zu verbessern. Dabei spielt die

Evaluation als Instrument des Qualitätsmanagements eine zentrale Rolle und wird deshalb in einem eigenen Kapitel näher beleuchtet.

4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklungsstrategie

Nach Badura und Ritter (1998, S. 224) ist Gesundheitsförderung im Kontext der Arbeits- und Organisationsgestaltung zu sehen. Da die Arbeitsbedingungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nur wenig berücksichtigt wurden, sind in Zukunft Expert/innen, wie Ingenieur/innen und Betriebswirt/innen gefragt, damit aus der Vision einer vorausschauenden Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung Realität werden soll.

Als wesentliche Voraussetzungen eines erfolgreichen Unternehmens werden nach Westermayer und Stein (2006, S. 113) institutionalisierte Regeln zur Erzielung und Erhaltung von Verständlichkeit und Transparenz, von Handhabbarkeit und Praktikabilität sowie von Sinnhaftigkeit aller Aktivitäten der Unternehmensführung und des Handelns der Mitarbeiter/innen gesehen. So ein Unternehmen hat die Möglichkeit, schnell und flexibel auf Marktveränderungen zu reagieren, weil es die Ziele seiner Beschäftigten systematisch als Unternehmensfaktor miteinbezieht. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Instrumentarium zur Entwicklung einer solchen salutogenen Unternehmensstruktur. Mit dem Ziel, das Unternehmen erfolgreicher werden zu lassen, wird BGF gemeinhin als „Organisationsentwicklungsstrategie“ verstanden. Die Gesundheit der Mitarbeiter/innen ist unabdingbar für den Erfolg einer Organisation, nicht aber das alleinige Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Springer und Schopf, (2007, S. 43) haben festgehalten, dass isoliert durchgeführte betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen keine nachhaltige Wirkungen zeigen. Am Wirkungsvollsten gestalten sich BGF-Interventionen, wenn sie in einen organisatorischen Rahmen eingebettet sind. Die aktive Gestaltung betrieblicher Arbeitsbedingungen für Gesundheit bedeutet eine Veränderung von v.a. sozialen Organisationsstrukturen und –prozessen.

Die starke Verknüpfung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung ergibt sich aus ihrer ähnlichen Zielsetzung und ihren Grundannahmen. Beide

verfolgen das Ziel, Bewusstsein und Aufmerksamkeit zu schaffen, Strukturen und Prozesse in Organisationen systematisch zu beobachten, zu analysieren und zu verändern, um zu einer nachhaltigen Verbesserung beizutragen. Der Schwerpunkt von beiden Prozessen ist die Qualitätsverbesserung des Arbeitslebens der Beschäftigten und die Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Organisation, wobei kein Widerspruch darin besteht.

Die nachfolgenden angeführten Kennzeichen zeigen Gemeinsamkeiten von Organisationsentwicklung und betrieblicher Gesundheitsförderung (Springer & Schopf, 2007, S. 43):

- längerfristig und partizipativ angelegt,
- prozessorientiert,
- geben der Analysephase breiten Raum,
- benutzen eine „rollende Planung“,
- verstehen Konfliktbearbeitung als integrativen Bestandteil,
- verfolgen das Prinzip der Ganzheitlichkeit.

In Anlehnung an Westermayer (1998, S. 130) lassen sich folgende Übereinstimmungen von Organisationsentwicklung und betrieblicher Gesundheitsförderung beschreiben:

1. Beide gehen von ähnlichen Grundannahmen aus. So sehen sie den Mensch als Maßstab für Verhältnisse in einer Organisation. Die Verpflichtung nach bestimmten Wertbegriffen wie Autonomie, Mündigkeit, Mitbeteiligung und Eigenverantwortung ist ihnen gemein.
2. Beide Arbeitsbereiche haben es mit weichen Leitbegriffen zu tun. Die Grundbegriffe bestehen aus einem messbaren und einem nicht messbaren Teil. Im Letzteren werden die Begriffe deutbar und bedürfen des immer neuen Diskurses. Der kommunikative Aufwand ist enorm hoch.
3. Es wird ohne Macht inmitten der Macht gearbeitet. So haben Organisationsentwicklungsberater und Gesundheitsförderer keine zugewiesene Macht, sondern nur den Einfluss aus ihrer Expertenrolle in der Herstellung persönlicher Beziehungen. Organisationsentwicklungsimpulse und BGF-Projekte sind zur Umsetzung auf Konsens und die Mitwirkung vieler Betroffener angewiesen. Sie sind autonome Personen und in ihren Interessen unterschiedlich.
4. Beide arbeiten im Spannungsfeld von Personenbezug und Strukturbezug. Es handelt sich um umfassende aber unscharf abgegrenzte Handlungskonzepte. Einmal ist das menschliche Verhalten im Vordergrund, dann die Verhältnisse, die auf diesem Verhalten beruhen oder dieses Verhalten hervorrufen.

Organisationsentwicklung und BGF bewegen sich immer auf beiden konzeptionellen Beinen.

Im Zusammenhang von Umweltaforderungen und Organisationsentwicklung, zweite wird als geplanter organisatorischer Wandel verstanden, rücken Kreativität der Mitarbeiter/innen, Flexibilität und Effizienz der Produktionsorganisation sowie Qualität und Umweltfreundlichkeit der hergestellten Produkte in den Vordergrund von Managementtheorien. Daraus resultieren für die Gesundheitsförderung in Organisationen einschneidende Konsequenzen.

Das Ziel einer integrierten und umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es zu verfolgen. „Nicht Insellösungen, sondern Strategien systemischer Gesundheitsförderung, welche die gesamte Organisation in den Blick nimmt, garantieren eine qualitativ zufriedenstellende Gesundheitsförderung. Organisationsentwicklung sollten interdependente Systeme bilden, in denen Handlungen des einen Systems eine positive Feedbackwirkung auf die Strategien des anderen haben“ (zitiert nach Badura & Ritter, 1998, S. 225).

Trotz der vielen Übereinstimmungen gibt es doch Unterschiede der beiden Konzepte, die im Inhalt, in der Zielperspektive, in der Implementierungs- und Analysestrategie und in der gesetzlichen Verankerung liegen. Inhaltlich ist betriebliche Gesundheitsförderung sehr auf die Bereiche Gesundheit und Krankheit beschränkt, während Organisationsentwicklung nicht vordringlich inhaltlich bestimmt ist. Betriebliche Gesundheitsförderung verfolgt die Ziele der Gesundheitsverbesserung und Fehlzeitenreduzierung, während die Ziele der Organisationsentwicklung weiter gefasst sind und zum Teil erst im Prozess entwickelt werden. Auch wenn das methodische Vorgehen der beiden Strategien ähnlich ist, so unterscheidet sich betriebliche Gesundheitsförderung von der Organisationsentwicklung durch eine festgelegte Implementierungsstrategie. Der Aufbau eines Steuerkreises, die Abfolge bestimmter Analyseschritte und häufig auch die Implementierung eines Gesundheitszirkels sind feste Bestandteile bei der BGF. Obwohl sich die Organisationsentwicklung ähnlicher Instrumente bedient, ist die Abfolge und der Einsatz eher variabel. Als letzter Punkt ist zu erwähnen, dass die BGF auf einem gesetzlichen Regelwerk basiert, die Organisationsentwicklung jedoch freie Entscheidung der Unternehmen ist (Westermayer, 1998, S. 132).

4.3 Europäische Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung

Auf Basis von systematisch professionellen Erfahrungen, die meist durch Forschungsergebnisse unterstützt werden, werden Qualitätsstandards entwickelt, auf denen aufbauend sich die Qualität von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Programme bestimmen lässt.

Unter den Europäischen Qualitätskriterien für BGF verstehen sich Anforderungen an Organisationen, die Kriterien zur Erfüllung einer „gesundheitsfördernden Organisation“ definieren. Die Zusammenstellung dieser Faktoren ist an das Modell der Europäischen Foundation for Quality Management, kurz EFQM, angelehnt.

Gründe dafür, weshalb von Anfang an ein enger Bezug zu dem Total Quality Management Ansatz der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement hergestellt wurde, liegen in den folgenden Argumenten:

1. Das EFQM-Modell lässt sich konzeptionell gut mit den wesentlichen Prinzipien betrieblicher Gesundheitsförderung vereinbaren.
2. Eine Anlehnung des Qualitätssicherungsmodells betrieblicher Gesundheitsförderung an ein bestehendes TQM-Modell erhöht die Akzeptanz in der Praxis und erleichtert die generelle Anschlussfähigkeit des Kriterienrahmens.

Bevor die Qualitätsdimensionen und die Qualitätskriterien selbst beschrieben werden, werden kurz die Schritte bei der Entwicklung der europäischen Qualitätskriterien dargestellt (Breucker, 2001, S. 136). Diese Entwicklungsschritte wurden über 2 Jahre von 18 europäischen Mitgliedsorganisationen unmittelbar umgesetzt. Außerdem war eine Reihe von Partnerorganisationen des Netzwerks auf internationaler Ebene beteiligt.

Schritt 1: Identifizierung und Analyse existierender nationaler Ansätze zur Bewertung der Qualität von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Schritt 2: Analyse der vorliegenden Ergebnisse von Prozessevaluationen zu Programmen betrieblicher Gesundheitsförderung auf der Grundlage eines Literaturreviews.

Schritt 3: Entwicklung eines Kriterienmodells.

Schritt 4: Abstimmung des Europäischen Netzwerks und Diskussion.

Schritt 5: Erste Revision des Kriterien-Modells.

Schritt 6: Entwicklung weiterer Materialien zur Instruktion der nationalen Berichtersteller für die Identifizierung, Auswahl und Dokumentation von vorbildlichen Praxisbeispielen.

Schritt 7: Identifizierung, Auswahl und Dokumentation guter Beispiele aus der Praxis.

Schritt 8: Auswertung der Erfahrungen bezüglich der Anwendung des Kriterien-Modells im ENFBG.

Schritt 9: Zweite Revision des Kriterien-Modells.

Es wurden **sechs Dimensionen der Qualität**, entsprechend dem EFQM-Modell unterschieden und diese mit Kriterien unterlegt (vgl. Breucker, 2001, S. 136, www.netzwerk-bgf.at).

Die 1. Dimension ist die der **betrieblichen Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik**. Der Erfolg von BGF hängt sehr stark davon ab, wie sehr sie als Führungsaufgabe wahrgenommen und in bestehende Managementsysteme integriert wird. Zu erkennen ist dies an folgenden Kriterien:

- Man kann von einer erfolgreichen Integration sprechen, wenn eine schriftliche Unternehmensleitlinie zur BGF existiert, ein vorbildhaftes Führungsverhalten signalisiert wird, ausreichende Ressourcen (Budget, Personal, Räume, Weiterbildung, etc.) für betriebliche Gesundheitsförderung vorhanden sind und eine regelmäßige Prüfung des Fortschrittes von BGF-Maßnahmen durch das Management erfolgt. Hinzu kommt noch, dass im Rahmen von Aus- und Fortbildungen betriebliche Gesundheitsförderung berücksichtigt wird und ein Zugang zu wichtigen gesundheitsrelevanten Einrichtungen (wie Pausen- und Ruheräume, Kantine, Betriebssportangebote, etc.) für alle Mitarbeiter/innen gewährleistet wird.

Die 2. Dimension umfasst das **Personalwesen und die Arbeitsorganisation**. Der Schwerpunkt liegt darin, die Fähigkeit der Mitarbeiter/innen bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Grundprinzip ist, dass alle Beschäftigten möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden. Hier ist dabei zu beachten, dass

- ausreichend Kompetenzen auf Seiten der Mitarbeiter/innen im Hinblick auf die Bewältigung der Arbeitsanforderungen vorhanden sind bzw. sie Gelegenheit erhalten, diese Kompetenzen zu erwerben,
- Entwicklungsmöglichkeiten für die Beschäftigten im Rahmen der Arbeitsorganisation gefördert werden,
- aktive Beteiligungsmöglichkeiten aller in Gesundheitsfragen gewährleistet werden,
- Vorgesetzte ein positives Arbeitsklima fördern und ihre Mitarbeiter/innen unterstützen,
- Mitarbeiter/innen nach längerer Arbeitsunfähigkeit bei der Wiedereingliederung unterstützt werden und
- Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit gesetzt werden.

Bei der 3. Dimension handelt es sich um die **BGF-Planung**. Nur wenn ein klares Konzept vorliegt, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeiter/innen bekannt gemacht wird, kann BGF erfolgreich sein. Folgende Kriterien sind dabei ausschlaggebend:

- Flächendeckende Umsetzung von BGF-Maßnahmen, d.h. Gesundheitsfördernde Maßnahmen erstrecken sich über die gesamte Organisation und werden dort in allen Bereichen bekannt gemacht.
- Ableitung von Maßnahmen auf der Grundlage von regelmäßig aktualisierten Ist-Analysen. Dabei werden z.B. die Arbeitsbelastung, Gesundheitsindikatoren, subjektiv wahrgenommene Beschwerden, Risikofaktoren, Unfallgeschehen, Berufskrankheiten, krankheitsbedingte Fehlzeiten, Erwartungen aller betrieblichen Akteure insbesondere der Beschäftigten unter die Lupe genommen.
- BGF-Vorgaben werden ausreichend intern kommuniziert.

Soziale Verantwortung ist in Dimension 4 verankert. Gesundheitsförderung schließt auch ein, ob und wie Organisationen ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht werden. Voraussetzung hierfür ist, dass schädigende Umwelteinflüsse vermieden werden und gesundheitsbezogene, soziale, kulturelle und fürsorgliche Initiativen Unterstützung finden.

Die 5. Dimension beschäftigt sich mit der **BGF-Umsetzung**. BGF umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Werden die Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft und systematisch durchgeführt, kann man von einer erfolgreichen Umsetzung sprechen. Folgende Kriterien sollten hierfür nicht außer Acht gelassen werden:

- Existenz von Steuerungsstrukturen (Projektgruppe, Arbeitskreis, Gesundheit)
- Systematische Informationserhebung im Rahmen der Planung
- Festlegung von Zielgruppen und quantifizierbaren Zielen
- Kombination von Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung mit Maßnahmen zur Förderung gesundheitsgerechten Verhalten.

Die Dimension 6 setzt sich mit den **BGF-Ergebnissen** auseinander. Gesundheitsbezogene und wirtschaftliche Indikatoren, wie

- der Beitrag der BGF zur Kundenzufriedenheit, zur Mitarbeiter/innenzufriedenheit, verbesserte Gesundheitsindikatoren und der Beitrag der BGF zum wirtschaftlichen Unternehmensergebnis können über den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung Aussagen liefern.

Laut Breucker (2001, S. 138) ist für jedes einzelne Kriterium „das Ausmaß an Systematik der Maßnahmen und ihrer Planung sowie der Verbreitungsgrad im Unternehmen zu prüfen.“

Dieser Ansatz lässt sich auf die Verknüpfung von nutzer- und prozessbezogener Sichtweise von Qualität erklären. Wirksamkeit und Qualität von einzelnen Maßnahmen lassen sich so in Verbindung von Bedingungen und Abläufen in der Organisation beurteilen. So ist beispielsweise eine Rückenschule, die zwar den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin entspricht, nicht aber in den betrieblichen Abläufen verankert ist, im Ergebnis unwirksam.

Grundsätzlich lassen sich diese Kriterien für die Entwicklung eines echten Audit-Verfahrens heranziehen. Die Praxis zeigt, dass in vielen Fällen das entwickelte Instrumentarium benutzt wird, um eigene Checklisten zu verbessern.

Die unten abgebildete Darstellung zeigt eine Verknüpfung der Erfolgsfaktoren, wie sie in Kapitel 3.5 aufgezeigt sind und den oben beschriebenen Qualitätskriterien betrieblicher Gesundheitsförderung.

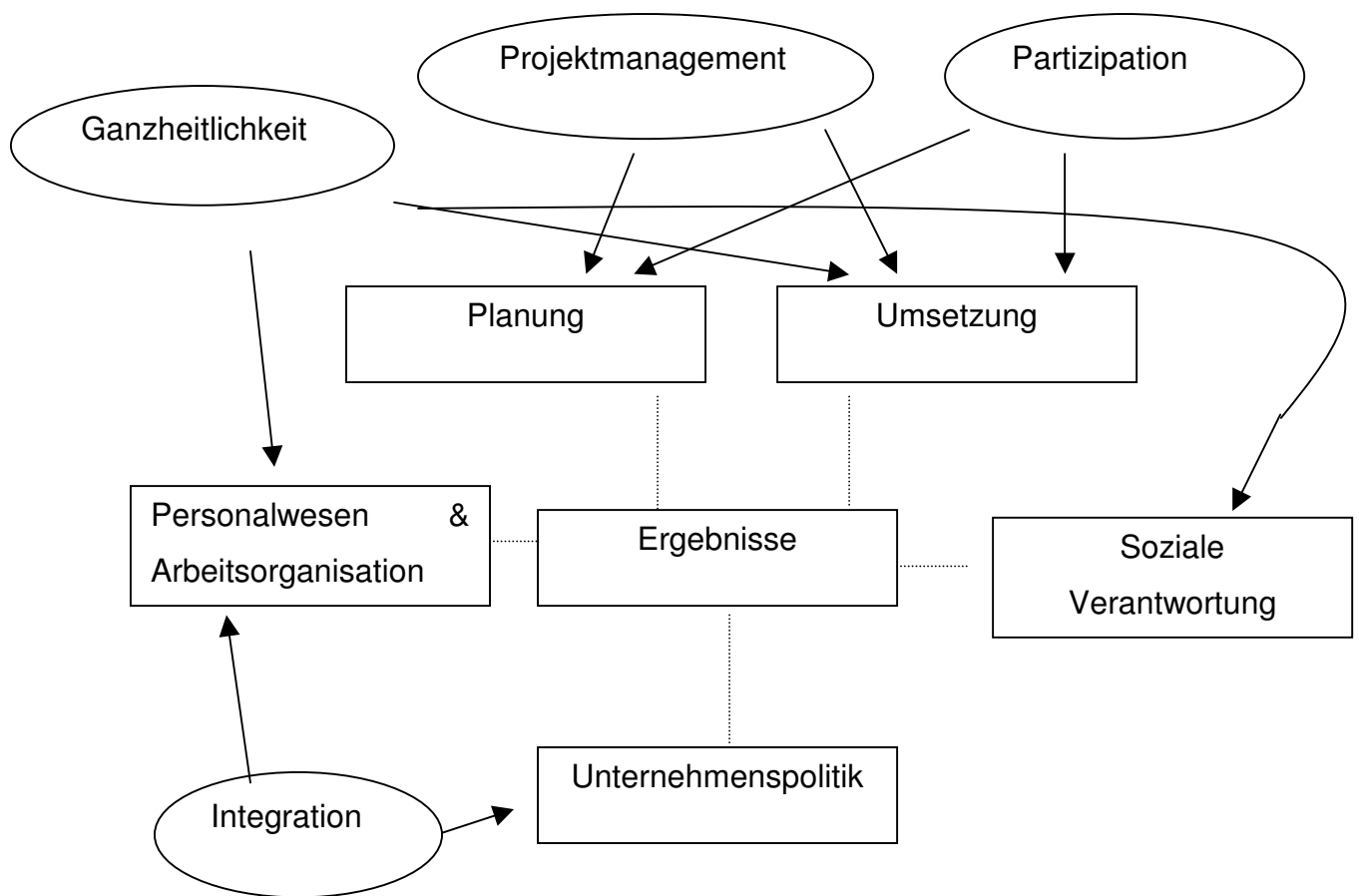


Abbildung 5: Erfolgsfaktoren & Qualitätskriterien der BGF (mod.n. Breucker, 1999, S. 41).

Die Abbildung zeigt sehr deutlich die Vernetzungen der einzelnen Faktoren mit den Qualitätskriterien.

Der Erfolgsfaktor „Integration“ steht in enger Verbindung mit den beiden Kriterien „Unternehmenspolitik“ sowie „Personalwesen & Arbeitsorganisation“. Das Ausmaß der Integration lässt sich an den oben beschriebenen Kriterien in der Dimension 1 und 2 erkennen.

Dem Faktor „Projektmanagement“ sind die Kriterien „Planung“ und „Umsetzung“ zugeordnet. Das Kriterium Planung bezieht sich auf die Qualität der Planung von BGF-Maßnahmen und fragt danach, ob die Planung auch bei den Mitarbeiter/innen bekannt ist. Die „Umsetzung“ beschreibt die Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung. Neben dem Erfolgsfaktor „solides Projektmanagement“ kommt hier auch der Faktor der „Ganzheitlichkeit“ zum Tragen.

Der Erfolgsfaktor „Ganzheitlichkeit“ ist den Dimensionen „Personalpolitik & Arbeitspolitik“, „Umsetzung“ und „soziale Verantwortung“ zugeordnet. „Soziale Verantwortung“ ist in gewisser Weise Schnittstelle zum betrieblichen Umweltmanagement sowie zum

außerbetrieblichen Umfeld. Letztendlich findet sich der Erfolgsfaktor „Partizipation“ in den Kriterien „Planung“ und „Umsetzung“ wieder und fordert eine größtmögliche Beteiligung aller in der Organisation Beschäftigten.

Die ersten fünf Dimensionen beschreiben Voraussetzungen auf Seiten der Organisation, gesundheitsfördernde Prozesse systematisch und dauerhaft zu installieren. Während die Kriterien „Unternehmenspolitik“ und „Personalwesen und Arbeitsorganisation“ hauptsächlich die strukturellen Bedingungen als Inhalt haben, beziehen sich die anderen Kriterien auf die Ausgestaltung der konkreten Maßnahmen. Ist die betriebliche Infrastruktur also nach diesen Kriterien gestaltet worden, lassen sich positive Ergebnisse erreichen, die in der 6. Dimension geprüft werden.

4.4 Qualitätsmerkmale von effektiver betrieblicher Gesundheitsförderung

Zusammengefasst sollen die vom Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung entwickelten Qualitätskriterien jene **Merkmale** aufzeigen, die **für eine qualitativ gehaltvolle betriebliche Gesundheitsförderung** auf Basis der in Kapitel 3.5 beschriebenen Erfolgsfaktoren für BGF ausschlaggebend sind (nach Meggeneder, 1997, S. 187):

1. **Integration im Betrieb:** BGF muss auf unterschiedlichsten Ebenen in die betrieblichen Strukturen und Abläufe integriert werden und darf nicht abgehoben vom Arbeitsalltag im Unternehmen erfolgen.
2. **Interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit:** Alle Kompetenzen müssen genutzt werden und die im Unternehmen vertretenen Gruppen müssen miteinander kooperieren, um dauerhaft eine ausgerichtete Gesundheitsförderung betreiben zu können. Die Steuerungsgruppe setzt sich demnach aus der Unternehmensleitung und dem Betriebsrat, sowie den betrieblichen Präventivdiensten mit ihren Fachkompetenzen zusammen.
3. **Durchführung einer Ist-Analyse:** Als Ausgangslage für ein Gesundheitsförderungsprogramm dient die Bestandsaufnahme der Arbeitsumwelt beeinflussenden Faktoren und des gesundheitlichen Befindens der Beschäftigten unter tätigkeitsbezogenen Anforderungen und Belastungen. Dies kann in Form eines Gesundheitsberichtes (ein Instrument der BGF, das im nächsten Kapitel beschrieben wird) erfolgen.
4. **Operationalisierbare Ziele:** Voraussetzung für den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprojektes sind die zu Beginn von der Steuerungsgruppe konkret

festgelegten betrieblich gesundheitspolitischen Ziele und Teilziele. Dabei ist es besonders wichtig, dass die Geschäftsleitung und der Betriebsrat klar verdeutlichen, hinter welchem gesundheitspolitischem Programm sie stehen.

5. **Kontinuität und Ganzheitlichkeit:** BGF muss den Arbeitnehmer/innen als physisches, psychisches und soziales Wesen ansprechen. Sie ist als kontinuierlicher Prozess zu begreifen, der in die Organisation und die Arbeitsabläufe eingebunden ist. Die sich wandelnden Bedingungen im Unternehmen müssen sich nachvollziehen lassen.
6. **Offenheit und Partizipation:** Interessenskonflikte spielen in der BGF eine besondere Rolle. Umso wichtiger ist es deshalb BGF für alle am Prozess Beteiligten transparent zu gestalten. Beteiligung beginnt mit frühzeitiger und umfassender Informationen und geht hin bis zur Einbindung der betroffenen Beschäftigten in die Arbeit von Gesundheitszirkeln.
7. **Zielgruppenorientierung und Stärkung persönlicher Gesundheitskompetenzen:** In einem Unternehmen sind die unterschiedlichen Arbeitnehmer/innengruppen bei der BGF zu berücksichtigen. Lehrlinge haben andere Bedürfnisse als zum Beispiel ältere Mitarbeiter/innen. Auch Teilzeitbeschäftigte arbeiten unter anderen Bedingungen als Schichtarbeiter/innen. Für alle Gruppen gilt aber die Stärkung der einzelnen persönlichen Gesundheitskompetenzen.
8. **Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung:** Damit die Gesundheit erhalten und gesundheitsgerechtes Verhalten gefördert werden können, sind die Arbeitsbedingungen im weitesten Sinne so zu gestalten, dass sie dafür auch geeignet sind.
9. **Nutzen für die Beschäftigten:** Natürlich will BGF den gesundheitlichen Nutzen der Beschäftigten erhöhen und deren Wohlbefinden verbessern. Automatisch ist aufgrund der Erfahrungen ein Nutzen für das Unternehmen verbunden und schlägt sich in der Verbesserung der unterschiedlichsten betrieblichen Kennziffern (siehe Kapitel Vorteile und Kosten Nutzen von BGF) nieder.
10. **Öffentlichkeitsarbeit:** BGF muss innerhalb der Organisation und auch überbetrieblich zum Gesprächsthema werden.
11. **Qualitätssicherung und Evaluation:** Die gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Programme sind ständig zu analysieren und zu bewerten. So können gesundheitliche Nutzen für die Beschäftigten und der Betriebserfolg sowie die vereinbarten Ziele, aber auch unerwünschte Nebenwirkungen nachgewiesen werden.

12. **Effizienzorientierung:** BGF darf sich vor betriebswirtschaftlichen Effizienzüberlegungen nicht verschließen. Es muss also ein effizienter Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen den größtmöglichen Gewinn an Gesundheit sichern.

„Flexible Verknüpfungen der einzelnen Schritte und Kreativität bei der Durchführung lassen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung zu einem unzertrennlichen und unschlagbaren Duo unternehmerischer Produktivität- und Sozialpolitik werden“ (zitiert nach Demmer, 1996, S.43).

4.4.1 Selbstbewertungsverfahren der Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung

Auf Grundlage der europäischen Qualitätskriterien wurde in Anlehnung an die Selbstbewertungsmethode, die im Rahmen der Zertifizierung nach EFQM verwendet wird, ein Selbstbewertungsfragebogen eigens für die Beurteilung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen angepasst. Dieser ermöglicht den Unternehmen eine detaillierte Stärke-Schwächen-Analyse von BGF-Maßnahmen.

Abbildung 6 zeigt den gegenwärtigen Entwicklungsstand des allgemeinen europäischen Handlungsmodells. Dabei werden die Elemente Befähiger, Aktionsfelder, Prozesse und Ergebnisse unterschieden.

Das Element „*Befähiger*“ bezieht sich auf den Stand der Integration gesundheitsbezogener Kriterien in die Organisationsstruktur. Die Befähiger-Kriterien werden anhand von zwei Maßstäben bewertet:

- Wie systematisch werden die Maßnahmen durchgeführt?
- In welchen Bereichen des Unternehmens sind diese umgesetzt?

Weiters sind laut Breucker (2001, S. 140) die Aspekte

- der Verankerung gesundheitsbezogener Kriterien in der Führungsstruktur sowie in der täglichen Führungspraxis und
- die Art und Weise der Mitarbeiterbeteiligung, vor allem in Bezug auf gesundheitsrelevante Vorgänge, wichtig.

Das Element „*Aktionsfelder*“ unterscheidet ebenfalls drei Ebenen:

- Maßnahmen des Arbeits-, Umwelt- und Gesundheitsschutzes im Betrieb (gesetzlich geforderte Schutzmaßnahmen)

- Maßnahmen, die die menschengerechte Arbeitsgestaltung und den Lebensstil betreffen. Also jene, die von den betrieblichen Akteuren auf freiwilliger Basis vereinbart werden.
- Maßnahmen im Bereich der sozialen Verantwortung, wie z.B.: Schuldnerberatung, Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Unter „*Prozesse*“ wird die Unterstützung verstanden, die im Bereich von Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, Aufbau von Infrastrukturen, Bedarfsanalyse und Maßnahmenplanung geleistet wird. Die Umsetzung und Realisierung dieser Teilprozesse ist von nationalen und regionalen Besonderheiten abhängig.

Die „*Ergebnisse*“ werden ebenfalls anhand von zwei Maßstäben bewertet:

1. Die Ergebnisqualität zeigt die Anzahl der Ergebnisse, die deutlich positive Trends aufweisen. Beim Umfang wird darin unterschieden, in wie viele Bereichen sich positive Ergebnisse nachweisen lassen.
2. Hier fallen die drei Ergebnisdimensionen, Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit, gesundheitsbezogene Ergebnisse, sowie der Geschäftserfolg hinein.

Dieses Handlungsmodell ist methodenoffen und die bereits bestehenden nationalen sowie internationalen Ansätze lassen sich ohne weiteres darauf umwälzen.

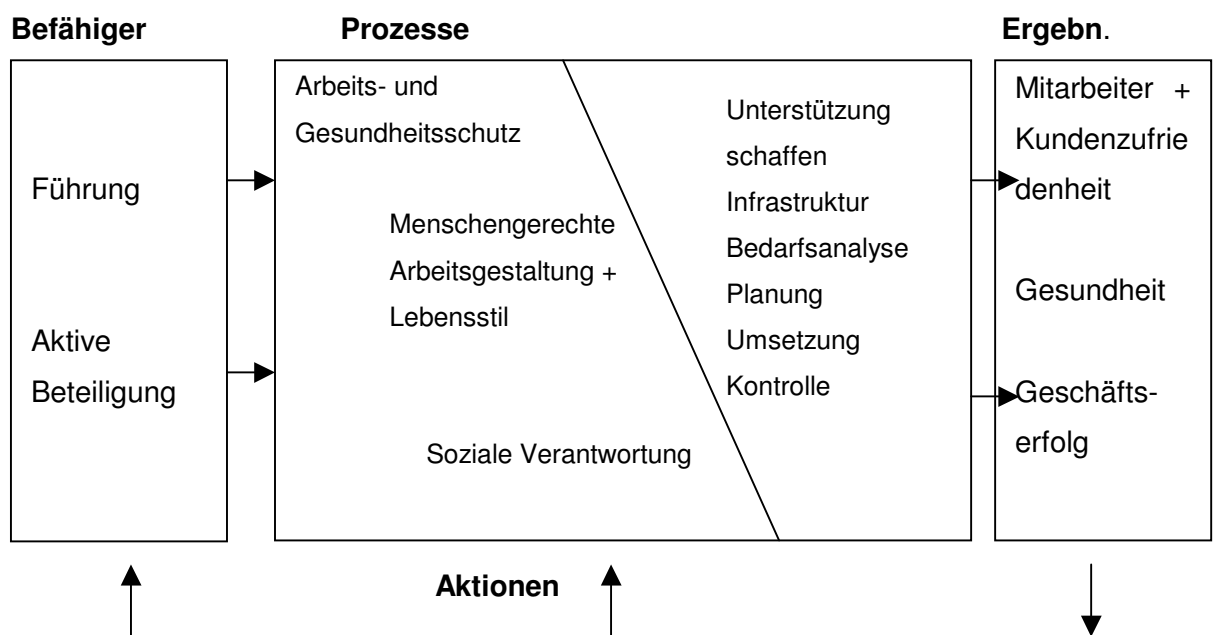


Abbildung 6: Betriebliches Gesundheitsmanagement (Breucker, 2001, S. 140).

4.5 Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Palette möglicher BGF-Projekte ist so breit angelegt, dass auch die Möglichkeiten, relevante Themen im Unternehmen zu erheben und gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen, ebenso vielfältig sind.

Die unterschiedlichen Instrumente der BGF werden je nach Projektphase eingesetzt und helfen, den Ablauf und die Einführung von präventiven Programmen und Maßnahmen zu erleichtern. Die einzelnen Werkzeuge werden beschrieben und geben somit Aufschluss über die Einsatzmöglichkeiten in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerk-bgf.at) hat die unterschiedlichen Werkzeuge auf ihrer Homepage veröffentlicht. Diese sind dort detailliert nachzulesen. Weitere Informationen zu dieser Thematik befinden sich unter anderem auf der Seite der BKK Bundesverband (www.bkk.de). Ebenso bieten einschlägige Werke eine Analysierung der BGF-Instrumente. An dieser Stelle zeigen die nachfolgenden Unterkapitel eine kurze Beschreibung und Charakterisierung dieser, um ein Grundverständnis zu vermitteln. All diese Mittel werden ebenso einer Qualitätssicherung und Evaluation unterzogen, um Verbesserungspotentiale in den jeweiligen Projektschritten zu identifizieren und anschließende Verbesserungsaktivitäten zu setzen. Viele durchgeführte Projekte beschäftigen sich mit der Evaluierung dieser Instrumente, um auch die Sinnhaftigkeit des Einsatzes und den Nutzen der Werkzeuge aufzuzeigen. (siehe auch <http://www.ppm.at/switch/downloads/umsetzung/umsetzung.pdf>).

4.5.1 Steuerungsgruppe

Wird ein Gesundheitsförderungsprogramm oder –projekt im Betrieb eingeführt, so wird zu Beginn eine Steuerungsgruppe eingerichtet, die das Vorhaben und den Prozess begleitet und unterstützt. Das Zusammenführen betrieblicher Entscheidungsträger/innen (Betriebsvorsitzender, Vertreter/innen der Unternehmensleitung, Personalentwickler,...) Gesundheitsexpertinnen(Sicherheitskräfte, Arbeitsmediziner/innen,...) und externer Expert/innen und Berater/innen ist Voraussetzung dafür, dass ein umfassendes Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt und durchgeführt werden kann. Als zentrale Aufgaben der Steuerungsgruppe gelten

- das Steuern und Koordinieren des gesamten Prozesses,
- die Verantwortung für alle Abläufe und Fortschritte im Projekt,
- das Zusammenführen aller relevanten Informationen, das Planen, Bewerten und Entscheiden aller Schritte,

- das Aushandeln der für die Projektdurchführung notwendigen Rahmenbedingungen,
- die Schaffung einer Kommunikationsstruktur im Betrieb,
- das Auftreten als Diskussionsforum für Akzeptanz, Ergebnisse und Folgen von Aktivitäten und Maßnahmen,
- den ersten Schritt zu einer kontinuierlichen und kooperativen betriebsbezogenen Gesundheitsförderung zu schaffen.

Als Hauptaufgabe kommen ihr die einvernehmliche und arbeitsteilige Planung sowie die praktische Einleitung und Wirkungskontrolle der BGF zu, basierend auf einer sorgfältigen Problemanalyse (vgl. www.netzwerk-bgf.at).

4.5.2 Ist-Analyse

In der Arbeit kommt oft der Analyse der Ausgangssituation bei der Einführung von BGF-Maßnahmen eine entscheidende Bedeutung zu. (siehe Projektschritte bei der Einführung von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im sechsten Kapitel, unter Punkt 3.5.3 Projektmanagement) kommt Bei der Erhebung des Ist-Zustandes sind vor allem die Fragen nach dem bisherigen Geschehen im Betrieb, sowie nach dem „Was soll noch erreicht werden?“ zu klären. Es werden die bestehenden Arbeits- und Arbeitsumweltbedingungen sowie die Gesundheitsrisiken der Beschäftigten als Ausgangsbasis für notwendige Maßnahmen ermittelt und analysiert. Festzulegen ist, ob nur bestimmte Arbeitsbereiche oder Beschäftigungsgruppen oder der gesamte Betrieb einer Ermittlung unterzogen werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Auswahl der für das jeweilige Unternehmen sinnvollsten Erhebungsdaten sich nach den Kriterien und Zielsetzungen des Gesundheitsförderungsvorhabens richtet, sowie nach dem Kosten-Nutzen-Aufwand. Außerdem ist zu gewährleisten, dass die erhobenen Daten der Gesundheitsförderungen dienen und nicht für andere Zwecke verwendet bzw. missbraucht werden.

Als beliebtes Mittel zur Erhebung des Ist-Zustandes werden Mitarbeiter/innenbefragungen, meist in Form von Fragebögen, durchgeführt (siehe www.netzwerk-bgf.at, <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,335,nodeid,.html>). Das österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung hat vorwiegend zwei Fragebögen erfolgreich im Einsatz. Gegensätzlich zu wissenschaftlichen Befragungen, bei denen die Probanden die Ergebnisse nie erfahren, werden in Gesundheitsförderungsprojekten die Erhebungsergebnisse durch die Steuerungsgruppe des Projekts (z.B. im Gesundheitsbericht) im Unternehmen bekannt gegeben.

4.5.3 Gesundheitsbericht / Analysephase

Basierend auf einer umfassenden Information aller Organisationsmitglieder werden Daten analysiert und Befragungen von Führungskräften und Mitarbeiter/innen im Sinne einer notwendigen Partizipation durchgeführt. Als eines der wichtigsten Instrumente in der Analysephase gilt neben Mitarbeiter/innenbefragungen, Unternehmensdiagnose, Arbeitsplatzanalyse, Kantinendiagnose und Health-Risk-Assessment (siehe Kesting & Meifert, 2004, S. 38) der Gesundheitsbericht, dessen Erstellung und Handhabung bereits als Intervention in den Betrieb darstellt. „Dieser sollte sich sowohl aus unternehmensinternen anonymisierten Daten (Betriebsärztliche Diagnosen, Unfallstatistiken, Belastungsdaten, Gefährdungsbeurteilungen, frühere Befragungen) als auch aus Daten der Krankenkassen zusammensetzen,...“ (zitiert nach Kesting & Meifert, 2004, S. 37). Er wird zur Selbstbeobachtung und Selbststeuerung des Betriebs im Bereich Gesundheit eingesetzt, ebenso gilt er als Informationsmittel, die Belegschaft über den Status-Quo der Betriebsgesundheit aufzuklären. Dies bildet die Diskussionsgrundlage über den Gesundheitsstatus. Als weitere Funktion gibt er einen Überblick über die Belastungs- und Gesundheitssituation und erleichtert somit zielgerichtete Maßnahmenfindung. Je nach Unternehmen gibt es verschiedene Arten von Gesundheitsberichten. Ebenso zeigt die Erstellung eines Berichtes unterschiedliche inhaltliche Elemente, die für alle verständlich sind und in regelmäßigen Abständen aktualisiert erscheinen. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Gesundheitsberichte eine Transparenz der Gesundheit im Betrieb gewährleisten und somit zusammenhängende Entwicklungen aufzeigen (www.netzwerk-bgf.at).

Der Gesundheitsbericht bildet die Basis für den nächsten Projektschritt, die Gesundheitszirkelarbeit.

4.5.4 Gesundheitszirkel

Der Gesundheitszirkel, der hinsichtlich der Methodik an die Qualitätszirkel aus dem Total Quality Management angelehnt ist, als zentrales Element der betrieblichen Gesundheitsförderung, sollte schon in der Analysephase gebildet werden und über alle Phasen des Gesundheitsmanagements im Unternehmen aktiv bleiben.

Da die Beschäftigten im Betrieb ja selbst Expert/innen für ihre jeweilige Arbeitssituation sind, können Gesundheit und Arbeitssicherheit im Betrieb durch die aktive Beteiligung der Mitarbeiter/innen verbessert werden. Deshalb setzen sich Gesundheitszirkel, als innerbetrieblicher Arbeitskreis, aus Beschäftigten eines Betriebes zusammen, die sich mit ihren Arbeitsbedingungen beschäftigen. Nachdem ihre Erfahrungen über die Gesundheitsbelastungen zusammengefasst wurden, werden sie analysiert und gemeinsam

Lösungsvorschläge entwickelt und bearbeitet. Dabei geht es nicht nur um technische oder organisatorische Probleme, sondern es werden auch soziale und psychische Beschwerden diskutiert.

„Mit Gesundheitszirkeln als betrieblichen Problemlösegruppen unter Beteiligung der Beschäftigten können bisher unbeachtete oder verdeckte Arbeitsbelastungen, insbesondere auch psychosozialer Art, ermittelt und mit Lösungsvorschlägen verknüpft werden“ (zitiert nach <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,336,nodeid,.html>).

Mitarbeiter/innen, „die zueinander in einem für die Problembearbeitung sinnvollen Zusammenhang stehen...(zitiert nach www.netzwerk-bgf.at), bilden einen Gesundheitszirkel. Die ideale Besetzung kennt das Unternehmen, ist offen für neue Ideen, interessiert sich für Gesundheit und versteht sich mit den Kolleg/innen. Welche besonderen Vorteile ein Gesundheitszirkel bietet, welche verschiedenen Modelle es gibt und was bei der Moderation der Gesundheitszirkel zu beachten ist, sind in einschlägiger Literatur nachzulesen (vgl. Bamberg, Ducki & Metz, 1998, Kesting & Meifert, 2004, www.netzwerk-bgf.at).

4.5.5 Erfolgsmessung (= Evaluation)

Die Evaluation als Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist für den wirkungsvollen Einsatz von Förderungsprogrammen von entscheidender Bedeutung. Welche Kriterien erfüllt werden müssen, was beachtet werden soll und welche Möglichkeiten der Erfolgsmessungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Anwendung kommen, klärt das sechste Kapitel. Wegen der Wichtigkeit für die Ausarbeitung dieser Magisterarbeit gestellten Fragestellungen, wird der Evaluation, als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung ein eigenes Kapitel gewidmet.

4.6 Ausblick auf die nächsten Kapitel zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der betrieblichen Gesundheitsförderung

In fast allen Ländern der Europäischen Union hat sich die betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne eines integrierten Managementsystems in den Betrieben durchsetzen können, wenn auch aufgrund der Traditionen und professionellen Perspektive unterschiedlich. Wegen der zunehmenden Professionalität und Akzeptanz auf Seiten der

maßgeblichen Entscheidungsträger/innen hat sich das gegenwärtige große Interesse an Qualitätsfragen in Bezug auf die Gesundheitsförderung, speziell der betrieblichen, gesteigert.

Der in den oberen Kapiteln vorgestellte Ansatz der Qualitätssicherung kennzeichnet die Minimalanforderungen an gesundheitsförderliche Organisationen. Diese beschriebenen Mindeststandards für Organisationen gelten als Grundlage für Förderungsentscheidungen von Träger/innen betrieblicher Gesundheitsförderung und sind notwendige Voraussetzungen für den Erfolg der einzelnen Maßnahmen.

Die Qualitätskriterien sind ein allgemeines Europäisches Referenzmodell für die BGF. Es kann als Ausgangspunkt für spezifische Weiterentwicklungen und praktische Werkzeuge dienen. Jedoch lassen sich diese vorgestellten Ansätze auf Klein- und Mittelunternehmen nicht so einfach umwälzen (Breucker, 2001, S. 141).

Die im Kapitel sechs beschriebenen Absätze zeigen die Besonderheiten von KMU und welche Rahmenbedingungen für einen erfolgreichen Einsatz von betrieblicher Gesundheitsförderung berücksichtigt werden müssen.

4.7 Qualitätssicherung von betrieblicher Gesundheitsförderung

Ziel dieses Abschnittes ist es die Bedeutung der Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung aufzuzeigen

4.7.1 Vorteile und Nutzen von Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Qualitätssicherung gewinnt in Zeiten eines zunehmenden Wettbewerbs bei gleichzeitig eingeschränkten Möglichkeiten zur Ausweitung von Marktanteilen immer mehr an Bedeutung. Vor allem sind auch Verfahren gefragt, die zur internen Steigerung von Effizienz und Effektivität führen. Wurde früher eher dem Produktionssektor in dieser Weise Beachtung geschenkt, so kann sich der Dienstleistungssektor nicht länger vor diesen Qualitätsfragen verschließen. Wie jede andere Dienstleistung müssen sich Maßnahmen der Gesundheitsförderung den Anforderungen an Qualität, Effizienz und Effektivität stellen (Breucker, 1999, S. 38).

Der Wachstumsmarkt der betrieblichen Gesundheitsförderung schließt eine Anzahl von privaten Anbietern ein. Qualitätssicherung unterstützt in diesem Zusammenhang

Unternehmen bei der Auswahl geeigneter Anbieter und Programme. Damit sich betriebliche Gesundheitsförderung auf Dauer in den Betriebsalltag integrieren kann, bedarf es qualitativ hochwertiger Dienstleistungen, die einer ständigen Verbesserung ausgesetzt sind und dadurch den Bedürfnissen der Beschäftigten und anderen betrieblichen Akteur/innen angepasst werden.

Daraus folgend kann gesagt werden, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit zu den vorrangigen Versorgungszielen des Gesundheitswesens zählen. Dies ist auch durch gesetzliche Vorschriften mit Qualitätsstandards festgelegt. Die WHO hat sieben Empfehlungen an ihre Mitgliedsstaaten ausgesprochen (Westermayer & Stein, 2006, S. 210):

1. Übernahme von Qualitätssicherung in die nationale Gesundheitspolitik mit dem Ziel, die Versorgungsqualität tatsächlich zu erhöhen.
2. Veröffentlichung und Verbreitung regelmäßiger kritischer Berichte über die gewonnenen Ergebnisse.
3. Finanzierung der Forschung auf diesem Gebiet.
4. Koordination multidisziplinärer Qualitätssicherungsprojekte.
5. Verbesserung der einheitlichen medizinischen Informationsbasis zur Gewinnen angemessener Daten.
6. Stimulation professioneller Gruppen und Kostenträger, die Qualitätssicherungsprinzipien in wirksame Trainingsprogramme umzusetzen.
7. Berücksichtigung aller medizinischen, technischen und organisatorischen Faktoren, welche die Qualität beeinflussen, um daraus eine ganzheitliche Sicherung der Versorgungsqualität zu entwickeln.

Wie BGF nun von der Nutzung der Qualitätssicherung profitieren kann, zeigen die folgenden Punkte (Breucker, 2001, S. 130):

1. Die zentralen Elemente der BGF können in bestehende Qualitäts- und Arbeitsschutzmanagementsysteme integriert werden. Die Ansätze, die sich dazu eignen, stammen aus dem Total Quality Management (TQM), die konzeptionelle Parallelen zur Gesundheitsförderung aufweisen (Bsp: Betonung der Mitarbeiter/innenbeteiligung, Prinzip der internen Kundenorientierung, Personalentwicklung und Arbeitsorganisation).
2. Die Prinzipien der Qualitätssicherung, wie der kontinuierlichen Verbesserung, Entwicklung von Qualitätskriterien bis hin zu Standards für Maßnahmen und das Prinzip der internen Kundenorientierung kann BGF durchaus für ihre Zielerreichung verwenden.

In Anlehnung an Lobning (1999, S. 52) lässt sich die Frage nach dem Grund und der Forderung nach Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung zusammengefasst mit folgenden 3 Punkten wiedergeben:

- **Import und Imitation des Qualitätsthemas:** Aufgrund des in den letzten Jahren im Gesundheitswesen zentral gewordenen Themas Qualität konnten insbesondere in Krankenhäusern bereits umfassende Modelle der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagement eingeführt werden. Diese Erfahrungen und Praktiken werden zukünftig aufgegriffen
- **Verstärkte Nachfrage nach qualitativ hochwertigen Produkten:** Es wurden in den vergangenen Jahren Qualitätskriterien entwickelt, die bei der Bewertung von Anträgen und Projektergebnissen Anwendung finden. Die Auftraggeber/innen im öffentlichen Bereich fordern bei Förderungsanträgen zunehmend Maßnahmen der Qualitätssicherung ein.
- **Konkurrenz um knapper werdende Mittel:** Model- und Pilotprojekte wurden anfangs großzügig finanziert. Gesundheitsförderungsprojekte müssen häufig mit bescheidenen Mitteln auskommen. Gleichzeitig wächst auch die Konkurrenz der Anbieter/innen.

Schon 1996 spricht Ovretveit (zitiert nach Lobnig, 1999, S. 52) davon, dass Gesundheitsförderung in einem neuen Kontext steht, „der sich durch einen verschärften Wettbewerb und neue Rahmenbedingungen für Finanzierung und Vertragsgestaltung auszeichnet.“

4.7.2 Ansatzpunkte und Vorgehensweisen für Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Bei der BGF handelt es sich um Dienstleistungen für die Mitarbeiter/innen einer Organisation.

Obwohl es einen Forschungsstand zur Evaluation einzelner Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung gibt, kann die Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems in der BGF weder national noch international auf einschlägige Vorarbeiten zurückgreifen. Deshalb stützt man sich auf die Erfahrungen aus der Industrie oder anderen Bereichen des Gesundheitswesens.

Hier sind Expert/innen und Praktiker/innen aufgefordert, sich um gemeinsame Standards und Instrumente der Qualitätssicherung in der BGF zu bemühen.

„Mit Qualitätsförderung werden Instrumente und Maßnahmen bezeichnet, die dazu dienen, das Qualitätsniveau von Produkten oder Dienstleistungen zu verbessern“ (zitiert nach Badura & Ritter, 1998, S. 226).

Badura und Ritter (1998, S. 226ff) unterscheiden je nach Produktionsorganisation mehrere Phasen und Modelle:

- Das „**Handwerksmodell**“ der Qualitätssicherung: es besitzt die längste Gültigkeit; die Qualität der hergestellten Produkte orientiert sich an der persönlichen Berufserfahrung der jeweiligen Meister/innen, dem persönlichen Wissensstand einer überschaubaren Zahl von Kund/innen, sowie an der persönlichen Kenntnis der Zulieferer/innen. „Qualität hängt hier entscheidend ab von der Person, die eine Leistung erbringt, vor allem von ihrer Ausbildung und Berufserfahrung“ (zitiert nach Badura & Ritter, 1998, S. 226).
- Das von Donabedian entwickelte **Modell ärztlicher Qualitätssicherung**, das auch in anderen Berufsgruppen Nachahmung gefunden hat, unterscheidet drei Dimensionen der Qualität medizinischer Dienstleistung: Die Strukturqualität, die Prozessqualität der Arbeitsabläufe und die Ergebnisqualität. Die einzelnen Merkmale dazu sind im Kapitel rund um den Qualitätsbegriff beschrieben worden.

Lobig (1999) stellt einen ähnlichen Zugang, der sich auf die Optimierung organisatorischer Abläufe, Strukturen und Geschäftsergebnisse, aber auch auf den Stellenwert der Gesundheitsförderung in Entscheidungsprozessen der Organisation beziehen, vor. Dabei meint er gegenwärtig die Adaptierung des EFQM für die Gesundheitsförderung. „Richtungsweisend sind dabei die Ansätze in den Europäischen Netzwerken der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsfördernden Krankenhauses“.

Er (1999, S. 56) verfolgt die Meinung, dass sich Modelle der Qualitätsentwicklung nicht in erster Linie auf die Realisierung wissenschaftlich getesteter Modelle abstellen, sondern Qualitätsstrategien auf der Ebene der Prozesse, Strukturen und Organisationsformen der Dienstleistung entwickeln.

Badura und Ritter (1998, S. 230) fordern einen Leitfaden zur Beurteilung betrieblicher Gesundheitsförderung, der sich auch für die externe Qualitätsbeurteilung eignet, „ohne notwendigerweise in ein Zertifizierungsverfahren zu münden.“ Theoretisch basiert er auf Elementen des Handwerksmodells, ebenso auf organisationsbezogenen Modellen der Qualitätssicherung. Da es bei der BGF auf die Bewertung von Expert/innenhandeln, wie auch auf die Beurteilung von Organisationshandeln ankommt, müssen beide bisher nebeneinander ablaufenden Ansätze integriert werden. Die Differenzierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität soll vom Handwerksmodell übernommen werden, Lernzirkel

und Lernschleifen, wie die Analyse der Ist-Situation, die Zielsetzung, Intervention und Evaluation soll von organisationsbezogenen Ansätzen kommen.

Zusammenfassend kann nach gründlicher Recherche der unterschiedlichen Projekte, Datenbanken und Literatur in Übereinstimmung mit Westermayer und Stein (2006, S. 210) festgehalten werden, dass Qualitätssicherung nur mit Hilfe sorgfältiger Evaluation erfolgen kann. Denn versteht man die WHO-Empfehlungen auch als „richtungsweisende Leitlinien für die zukünftige Arbeit im europäischen Gesamtverbund, ist Qualitätssicherung besonders für die Versicherungsträger/innen eine zentrale Zukunftsaufgabe.“

5 Evaluation als Beitrag zur Qualitätsentwicklung (-sicherung) von Gesundheitsförderungsprojekten

Im Gesundheits- und Pflegebereich nehmen der Bedarf, das Interesse und die Ansprüche an Evaluationen, Leistungsmessungen und Qualitätsmanagementsysteme stetig zu. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen Beurteilungen, Effektivitäten und Effizienzen der erbrachten Leistungen der tätigen Organisationen. In der Evaluationsforschung stellen sich hier, ebenso wie für Politik und die Fachpraxis, Fragen nach der Qualität und der Professionalität der Evaluation selbst.

Die Fragen nach der Begriffserklärung von Evaluation und dem Grund und die Wichtigkeit von Evaluation für Projekte werden hier erörtert. Ebenso wichtig ist es, den Zusammenhang zwischen Evaluation und Qualitätssicherung in den folgenden Abschnitten herzustellen. Es geht in den Absätzen um die Ebenen und Ansatzpunkte der Evaluation, Qualitätssicherung und –entwicklung im Bezug auf die unterschiedlichen Formen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Es steht unter anderem die Frage im Vordergrund, wie Evaluation und Qualitätssicherung so miteinander kombiniert werden können, dass die Qualität der Gesundheitsförderung und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes dauerhaft verbessert werden können. Ziel der zusammengestellten Projekte ist es, über den aktuellen Stand der Sicherung der Qualität von BGF zu informieren. Dabei wird das Themenfeld rund um Ansätze für KMU aufgegriffen.

Der Bereich der Evaluationsforschung und Qualitätssicherung und –entwicklung ist ein so breites Spectrum, das nicht ganz einfach zusammenzufassen ist. Dieses Kapitel versucht, die wichtigsten Begriffe rund um die Thematik zu klären und stellt immer wieder einen Zusammenhang zur betrieblichen Gesundheitsförderung her.

5.1 Evaluation in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Umfassende betriebliche Gesundheitsförderung zielt auf eine gesundheitsgerechte Verbesserung der Arbeitssituation ab, in dem vor allem verhältnisbezogene und verhaltensbezogene Angebote miteinander verbunden und aufeinander abgestimmt werden. Um festzustellen, ob sich die gesetzten situations- und personenbezogenen Maßnahmen auch tatsächlich ergänzen, sich nicht widersprechen oder in ihren Wirkungen unabhängig voneinander sind, bedarf es einer sorgfältigen Überprüfung des Vorgehens und des Nutzens der Maßnahmen. Es muss kontrolliert werden, welche Auswirkungen einzelne gesundheitsförderliche Veränderungen an Arbeitsplätzen oder in Abteilungen auf die Gesamtorganisation haben. Darüber hinaus soll überprüft werden, ob die beabsichtigte Wirkung, die mit der Maßnahme angestrebt wurde, auch erreicht wurde. Für den Erhalt und die Verbesserung der Qualitätsstandards eines Programms ist es wichtig, all diese Fragen zu beantworten. Darüber hinaus ist es von großer wirtschaftlicher Bedeutung, die Verhältnismäßigkeit von Kosten und Nutzen, also der Effizienz zu klären. Evaluation umfasst solche Überprüfungen von Vorgehen, Wirkungen und Nutzen. „Evaluation kann ganz allgemein als die systematische Erfahrungsaufbereitung mit dem Ziel der Bewertung von Handlungsalternativen verstanden werden.“ (zitiert nach Westermayer & Stein, 2006, S. 209). Im Gesundheitswesen hat man sich auf eine Definition geeinigt: „Evaluation ist die umfassende wissenschaftliche Beurteilung des Nutzens, der Kosten und sonstiger interner und externer Wirkungen von Produkten, Verfahren, Projekten, Modellen, Einrichtungen oder Programmen des Gesundheitswesens“ (Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, 1990 zitiert nach Schwartz, 1992, S. 11; nach Westermayer & Stein, 2006, S. 209). Bei der Evaluation geht es um eine wissenschaftliche Überprüfung.

Grundsätzlich handelt es sich bei einem Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung und seiner Evaluation in den Einzelbestandteilen „um eine zyklisch angelegte Interventions- und Evaluationskette“ (zitiert nach Westermayer & Stein, 2006, S. 125). Dies bedeutet im Klartext, dass die über Ursachen für ein bestimmtes Phänomen formulierten Hypothesen mit den zur Verfügung stehenden Analyseinstrumenten überprüft werden. Diese daraus entstandenen Ergebnisse fixieren die örtlichen und thematischen Interventionsschwerpunkte. Das aus den verfeinerten und für einzelne Betriebsbereiche erstellten Analysen heraus entstandene Unternehmensbild weist nach Diagnosearten, Befragungsergebnissen und Krankenstandverläufen in der Regel große Unterschiede auf. Diesen Unterschieden wiederum folgt man in Analyseaktivitäten und Interventionen, die evaluiert und mit Zielen in Beziehung gesetzt werden. „Die Abweichung vom definierten Hauptziel wird erneut analysiert und hieraus werden neue Interventionsziele gebildet.“

Dies zeigt, wie wichtig das Instrument der Evaluation für den Erfolg und die Wirksamkeit einer Intervention und letztendlich für die Qualität dieser ist.

„Insofern verstehen wir unter betrieblicher Gesundheitsförderung nicht nur die in einem Projekt durchgeführten Seminare und/oder Zirkel für Führungskräfte und Mitarbeiter, sondern die systematische und regelgeleitete Analyse und Intervention mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation“ (zitiert nach Westermayer & Stein, 2006, S. 128).

Die Möglichkeiten, gesundheitsförderliche Projekte in Organisationen zu evaluieren und auszuwerten, sowie die besondere Rolle dieser Wirksamkeitsprüfung für die Qualitätssicherung und –entwicklung von Programmen und Maßnahmen in der BGF klären die nächsten Kapitel.

5.2 Worum geht es bei Qualitätssicherung und Evaluation und welchen Beitrag kann Evaluation zur Qualitätssicherung leisten?

Dietscher und Lobnig (1998, S. 182) verstehen unter Evaluation Techniken und Methoden, die zur Diagnose, Dokumentation und Analyse von Projektprozessen und –ergebnissen dienen. Diese ermöglichen es, Stärken und Schwächen, sowie die Effektivität und Effizienz von Projekten zu identifizieren und liefern so den Projektmacher/innen bzw. Auftraggeber/innen Entscheidungsgrundlagen über das Beibehalten, Verändern oder Beenden von Projekten bzw. einzelnen Projektteilen. Somit kann also Evaluation einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in Projekten leisten. Darüber hinaus fördert Evaluation die Prozesse der Reflexion und Selbstbeobachtung der Projektakteur/innen und trägt somit zur Optimierung des Projektes bei. Zusätzlich dient Evaluation, Wissen und Erfahrung über einzelne Projekte hinaus nutzbar zu machen. Somit sind diese Informationen auch für Dritte, beispielsweise für Projektarbeitinteressierte, verfügbar. Die Evaluation leistet somit einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Know-hows von Projektmitarbeiter/innen.

Pfaff (2001, S. 27) sieht Evaluation als die „systematische datengestützte Bewertung von Interventionen in soziale Systeme und Systemzuständen“.

Unter Bewertung versteht Pfaff (2001) den Wert einer Sache zu schätzen oder zu bestimmen. Da die Evaluation inhaltlich nicht festgelegt ist, können andere Aspekte, wie z.B. Zielerreichung, Effektivität, Wirtschaftlichkeit, Kundenorientierung oder Mitarbeiter/innenorientierung im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. In jedem Einzelfall

muss entschieden werden, welche konkreten Werte der Evaluation zugrunde liegen sollen. Dies ist unter anderem auch vom Ziel der Intervention abhängig.

„Hauptzweck der Evaluationsforschung besteht darin, die Effekte eines Programmes gegen die Ziele zu messen, die es zu erreichen vorhatte, und somit als Mittel zu dienen, zu dem nachfolgenden Entscheidungsprozess über das Programm beizutragen und zukünftige Programmplanung zu verbessern“ (Weiss, 1974, zitiert nach Pfaff, 2001, S. 28ff). Die Rückmeldung der Evaluationsergebnisse ist vor allem für die Auftraggeber besonders wichtig. Da diese oft verschiedene Absichten und Ziele verfolgen, ist es für die Evaluierenden von besonderer Bedeutung, die unterschiedlichen Zielsetzungen klar zu machen und in ihrem Bewertungsergebnis zu berücksichtigen.

Die Evaluation hat nach methodischen Regeln zu erfolgen (systematisch). Darunter fällt auch die transparente Gestaltung des Prozesses. So kann der Vorgang nachvollziehbar gestaltet und im Zweifelsfall wiederholt werden. Eine datengeschützte Bewertung liegt dann vor, wenn die Intervention auf der Basis empirischer Daten beurteilt wird. Die Datengewinnung erfolgt durch bereits materiell fixierte (z.B. Dokumente) oder durch Befragungen oder Beobachtung noch zu fixierender Informationen. Da die Evaluation durch unterschiedliche Methoden (qualitativ oder quantitativ) passieren kann, stehen dementsprechend auch qualitative oder quantitative Evaluationsverfahren zur Verfügung.

Badura und Ritter (1998, S. 233) schreiben: “Evaluation ist das zentrale, rationale und zielorientierte, Gesundheitsförderung von bloßem Aktivismus unterscheidende, Element. Erst durch wissenschaftlich begründete Evaluation werden aus Einrichtungen und Leistungen der Gesundheitsförderung lernende Systeme, d.h. lernende Systeme informieren sich durch Rückmeldung regelmäßig über Angemessenheit, Effektivität und Effizienz ihrer Aktivitäten und Programme“.

Pelikan et al. (1998, S. 26) unterscheiden verschiedene Typen der Evaluation als Bestandteil eines Qualitätssicherungssystems von Interventionen. Je nach Interventionsphase kann man zwischen folgenden Strategien der Qualitätssicherung differenzieren:

- Controlling, Monitoring, formative Evaluation: darunter wird eine Form der Qualitätsbeurteilung und –entwicklung durch Feedback-Zirkel verstanden. Der Frage, ob die geführten Aktionen den Standards entsprechen und wie die Abweichungen von den Standards bearbeitet werden können, wird nachgegangen.
- Zertifizierung/Akkreditierung als zukunftsgerichtetes Zulassungsverfahren von Produktions- oder Dienstleistungssystemen.

- Die Ergebnisevaluation als einmaliges Überprüfungsverfahren. Sie misst, analysiert und bewertet rückblickend die Auswirkungen von Interventionen.

Evaluation kann verschiedene Funktionen erfüllen. Sie kann die *Effektivität* einer Maßnahme beurteilen (Ausgangszustand und Endzustand) und/oder aber auch die Maßnahme nach ihrer *Effizienz* bewerten. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse zum erforderlichen Aufwand in Beziehung gesetzt werden, im Sinne einer Kosten-Nutzen-Beurteilung). Im Rahmen der Effektivitätsprüfung kann auch die *Akzeptanz* der Maßnahme bewertet werden. Damit ist gemeint, dass die tatsächlichen Veränderungen nach einer Maßnahme in Beziehung zu den Zielen derjenigen, die an der Maßnahme teilnehmen, gesetzt werden (Westermayer & Stein, 2006, S. 213).

Pelikan et al. (1998, S. 27) meinen, eine Intervention nach unterschiedlichen Dimensionen zu bewerten. Um die verschiedenen Kriterien, die die Entscheidung der Evaluation beeinflussen, verstehen zu können, werden sie im Folgenden in aufsteigender Ordnung erklärt. Die ersten Dimensionen sollten positiv bewertet werden, damit es sich auch lohnt, die nachfolgenden zu evaluieren.

Akzeptabilität versteht das Ausmaß, in dem eine Intervention für die verschiedenen Betroffenen anschlussfähig und akzeptabel ist. Westermayer und Stein (2006, S. 213) sind der Meinung, dass die Frage der Akzeptanz für die betriebliche Gesundheitsförderung mit wachsender Dringlichkeit zu stellen ist. Denn im Bereich der Verhaltensprävention nehmen oft diejenigen teil, die es nicht unbedingt nötig haben. So sind zum Beispiel meist die sportlich aktiven in Bewegungsprogrammen zu finden.

Die Akzeptabilität sollte bereits im Vorfeld der Intervention im Rahmen einer Machbarkeitsstudie überprüft werden.

Unter *Machbarkeit* ist gemeint, ob und inwieweit eine Intervention unter bestimmten lokalen Bedingungen technisch und praktisch tatsächlich implementierbar und darüber hinaus kontinuierlich realisierbar ist. Um die Evaluation der Machbarkeit zu erleichtern, haben sich Checklisten für kritische Dimensionen der Intervention als hilfreich erwiesen.

Effektivität bedeutet, inwieweit eine Intervention die erwarteten Wirkungen auch tatsächlich bewirkt hat. Effektivität wird in der Regel durch einen Vorher-Nachher-Vergleich ermittelt. Ist das Ziel erreicht, wird die Maßnahme als wirksam bezeichnet.

Im Sinne der *Nachhaltigkeit* müssen die erwünschten Effekte, die neben erwarteten und unerwarteten Nebeneffekten von Interventionen auftreten können, längerfristig möglich sein und dürfen durch problematische Nebenwirkungen konterkariert werden.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind nicht nur wirksame Maßnahmen entscheidend, sondern auch die *Effizienz* dieser Maßnahmen steht im Interesse der

Beurteilung. Effizienz bedeutet in diesem Zusammenhang ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Intervention im Vergleich mit anderen Interventionen. Diese Beurteilung erfolgt dadurch, dass Ergebnisse der Maßnahme in Beziehung zum erforderlichen Aufwand gesetzt werden. Dabei kann man zwischen Kosten-Effektivitäts-Analysen und Kosten-Nutzen-Analysen unterscheiden (Westermayer & Stein, 2006, S. 215). Die Kosten-Effektivitätsanalyse definiert Kosten (Personalkosten, Material- und Entwicklungskosten) und die Wirkungen eines Programmes und setzt diese in Beziehung. So eine Analyse erlaubt es, aus verschiedenen Interventionen die kostengünstigste auszuwählen. Voraussetzung ist jedoch, man kann die Effektivität der unterschiedlichen Maßnahmen tatsächlich miteinander vergleichen. „Bei der Kosten-Nutzen-Analyse wird versucht, den Kosten einen monetär quantifizierbaren Nutzen gegenüberzustellen, wobei dieser Nutzen sowohl durch Zugewinn als auch durch Kosteneinsparung erzielt werden kann“. Pelikan et al. (1998) betonen jedoch die Schwierigkeiten, die sich bei der Feststellung der Effizienz von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergeben. Diese sind darauf zurückzuführen, dass es keinen wissenschaftlichen Konsens über die Messung von Gesundheitsgewinn und auch keinen Konsens über die Kostenäquivalenz von Gesundheit gibt.

5.2.1 Voraussetzungen und Leitlinien der Evaluation

„Evaluation ist nie Selbstzweck“ (zitiert nach Westermayer & Stein, 2006, S. 211). Eine Maßnahmenbewertung erweist sich nur dann als sinnvoll, wenn auf Basis der gewonnenen Ergebnisse auch Konsequenzen abgeleitet werden, die zu einer Alternativauswahl oder zur Verbesserung der vorhandenen Programme oder Maßnahmen führen. Voraussetzung für die Evaluation ist ein zuvor festgelegtes, klar beschriebenes Ziel. Nur so kann das spätere Ergebnis von Maßnahmen und Interventionen überprüft werden. Evaluation garantiert, dass der Problemlöseprozess zielorientiert verläuft.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet dies konkret, dass vor jeder Intervention das Ziel dieser zu bestimmen ist, um im Weiteren die Mittel zur Umsetzung begründet festlegen zu können. Dies hat unter Beteiligung aller Beschäftigten zu erfolgen. Für die Benennung des Zieles bedarf es einer zuvor gründlich durchgeführten Problemanalyse. Aus den Zielen wiederum lassen sich die Maßnahmen und Interventionen, die zu einer Gesundheitsverbesserung führen sollen, benennen und absichern. Abschließend kann durch einen genauen Ziel- und Ergebnisvergleich der Erfolg von Interventionen bestimmt werden. Betriebliche Gesundheitsförderung erstreckt sich über mehrere Jahre. Deshalb ist es durchaus möglich, dass sich während des Prozesses die

Ziele verschieben, neue Ziele entstehen oder die anfangs sehr globalen Ziele sich differenzieren. Darum ist es wichtig, diese Zielveränderungen zu erkennen, zu benennen und die zukünftigen Interventionen darauf abzustimmen. Voraussetzung bei Zielveränderungen ist auch, innerhalb des Veränderungsprozesses einen gesamtbetrieblichen Konsens über diese Ziele zu finden. Passiert das nicht, entstehen wahrscheinlich Missverständnisse und Blockaden. Dass die Zielformulierung und die dauernde Überprüfung dieser keine Selbstverständlichkeit ist, kann sich oft in Fehl-Ad-hock-Entscheidungen auswirken. Ohne vorherige Zielbestimmung werden bestimmte Angebotsmaßnahmen wegen des günstigen Preises angenommen und nicht, weil sie auf lange Sicht das größte Ausmaß der Gesundheitsverbesserung der Belegschaft versprechen. Da werden wichtige Entscheidungsträger bei der Zielformulierung nicht berücksichtigt.

Vor allem bei der gemeinsamen Zielformulierung aller am Prozess Beteiligten begegnen wir wieder einem der Grundprinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung, nämlich der Partizipation. „Besonders bei der Evaluation von Interventionen in der betrieblichen Praxis ist Partizipation häufig die wichtigste Erfolgsbedingung“ (zitiert nach Westermayer & Stein, 206, S. 212).

Als zweite wichtige Voraussetzung der Evaluation gilt die sorgfältige Dokumentation des gesamten Problemlösungsprozesses. Weil häufig im betrieblichen Alltagsstress die Zeit für Aufzeichnungen über Ergebnisprotokolle von Sitzungen, Stichworte zur Begründung des Vorhabens fehlen, können nur oft schwer die Ziele und Ableitungen bestimmter Schritte rekonstruiert werden und Maßnahmen nicht gerechtfertigt und bewertet werden.

Um die Qualitätssicherung zu etablieren bedarf es Berichte über Erfahrungen, Erfolge und Fehlschläge. In der betrieblichen Gesundheitsförderung liegen meist nur Erfolgsberichte vor, nicht aber eine Offenlegung von Problemen und Fehlschlägen. Das bedeutet, dass eine sachgerechte regelmäßige Berichterstattung wesentlich dazu beitragen kann, zusätzlich evaluativen Aufwand in Grenzen zu halten.

Ein bekanntes Sprichwort „Aus Fehlern lernt man“ gilt auch in der BGF und sollte in jedem Fall zu einer internen Verbesserungsstrategie ermutigen. Durch die sorgfältige Dokumentation können ebenso Doppelarbeiten vermieden und Interventionen optimiert werden.

Die beschriebenen Leitlinien und Voraussetzungen verdeutlichen, dass Evaluation in der betrieblichen Praxis keine fertigen Ziele voraussetzt, sondern dass es sich bei allen Interventionen um eine gemeinsame Zielentwicklung geht. Voraussetzung von Qualität und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen im Rahmen der BGF ist eine partizipative Zielbestimmung und Dokumentation des gesamten Prozesses. Ohne Zielformulierung und

Vorgehensbeschreibung ist auch eine anschließende Beurteilung und Bewertung unmöglich.

Badura und Ritter (1998, S. 233) heben hervor, dass sich Evaluation auf den gesamten Lernzyklus bezieht. Sie schreiben, dass sie bei der Diagnostik und Ursachenanalyse beginnt, „...sie berücksichtigt die Art der Prioritätensetzung sowie die Wahl der Optionen, die Angemessenheit von Zielen und ihre Operationalisierung, die Genauigkeit der Eingrenzung von Zielpopulationen und Risikozonen; sie berücksichtigt, wie weit durchgeführte Maßnahmen sich von ihrer Planung unterscheiden. Schließlich betrifft sie Effektivität und Effizienz einzelner Maßnahmen und Programme“. Sie erweitern die Palette der Kriterien, wie Evaluation sein muss, mit den Eigenschaften zuverlässig, transparent und praktisch.

Evaluation in der Gesundheitsförderung setzt traditionell an der Zielpopulation an. Hilfreich sind Abbildungen von Indikatoren, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Aufbau- und Ablauforganisation und soziotechnische Arbeitssysteme in Organisationen darstellen. Außerdem sollte Evaluation langfristig angelegt sein und dazu dienen, realistische Ziele und praktikable Maßnahmen von weniger geeigneten zu trennen, sowie vergleichbare Daten zum überbetrieblichen benchmarking bereitzustellen. Betriebliche Gesundheitsförderung kann unter Berücksichtigung der Merkmale Gesundheit und Wohlbefinden der Zielgruppe, Verbesserung der Bewältigungskompetenz, Grad sozialer Unterstützung und Integration, ebenso wie Senkung der Fluktuation und die Verbesserung der Produkt- und Prozessqualität bewertet werden.

All dies soll verdeutlichen, dass sich Evaluation der Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung und –förderung nicht von einander trennen lassen.

5.3 Evaluationsformen und Differenzen innerhalb der Evaluation

Je nach Design der Intervention und dem Budget, das zur Verfügung steht, können verschiedene Typen von Evaluation zum Einsatz kommen.

In der Evaluationsforschung gibt es zwei Arten, die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen, Programme und Projekte zu überprüfen:

1. Die Effektivitätskontrolle beschäftigt sich mit der Frage nach der Höhe des Ausmaßes, in welchem die Ziele einer Maßnahme erreicht wurden.
2. Die Effizienzkontrolle geht dem Verhältnis von Aufwand und Ertrag einer Maßnahme auf den Grund.

Das Österreichische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerk-bgf.at) unterscheidet dabei inhaltlich nochmals drei Ebenen (vgl. Pfaff, 2001, Pelikan et al., 1998, Westermayer & Stein, 2006):

- Prozessevaluation bezeichnet eine Evaluation, die den gesamten Problemlöseprozess von der Zielentstehung bis zur Maßnahmenumsetzung und ihren Ergebnissen betrachtet. Sie dient im Sinne einer projektbegleitenden Evaluation auch als Entscheidungsgrundlage für die Veränderungen oder das Beibehalten von Projektabläufen. Soll es zu Aussagen über den Gesamtverlauf kommen, so kommt der Prozessforschung als Instrument, das sowohl die Akzeptanz wie auch Effizienz und Effektivität einer Intervention berücksichtigen muss, eine besondere Bedeutung zu. „Die Gesamtbetrachtung der Prozessevaluation hat daher auch einen beratenden Charakter“ (zitiert nach Westermayer & Stein, 2006, S. 212). Um eine Prozessevaluation durchführen zu können, ist die detaillierte Planung von Zielen, Schritten und Phasen der Intervention Voraussetzung, um deren Einhaltung oder Veränderung zu bestimmten Zeitpunkten überprüfen zu können.
- Bei der Ergebnisevaluation geht es um die Feststellung der Effekte einer Intervention. Somit ist sie Entscheidungsgrundlage für das Beibehalten, Modifizieren oder Absetzen des Programms. Grundvoraussetzung ist eine Liste von Zielen und Kriterien, die beobachteten Ergebnisse damit zu vergleichen. Wichtig ist dabei die Frage: „Ob und bis zu welchem Grad konnten die vorab definierten Ziele der Intervention erreicht werden?“ Zusammengefasst gibt also die Ergebnisevaluation Auskunft über die Wirksamkeit einer Maßnahme und berücksichtigt dabei das Ausmaß der Erreichung eines Interventionsziels. Dies sollte nicht nur mit Hilfe externer Fremdevaluation, sondern auch unter Partizipation der Projektakteur/innen auf Selbstevaluation erfolgen.
- Strukturevaluation beurteilt die Ergebnisse und Erkenntnisse über den Einfluss spezifischer Unternehmensstrukturen und Implementationsstrategien.

Pfaff (2001, S. 29ff) erweitert diese Palette und erwähnt in seinem Bericht die Begriffe Maßnahmenevaluation, Programmevaluation, Managementevaluation und Systemevaluation. Vor diesem Hintergrund werden zunächst die einzelnen Begriffe von einander abgegrenzt. Bei Interventionen wird zwischen Maßnahmen, Programmen und Managementsystemen differenziert. Systeme werden in Interaktionssysteme, Gruppen, Organisationen und Gesellschaften gegliedert.

Maßnahmen sind Interventionselemente, deren Ziel es ist, Veränderungen einer einzelnen Prozess- und Strukturvariable zu verfolgen. Innerhalb eines Programms sind Maßnahmen

Programmkomponenten. Ein Rückenschulkurs ist im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogramms eine solche Maßnahme. „Eine *Maßnahmeevaluation* ist gegeben, wenn die nicht mehr weiter aufteilbaren Elemente der Intervention Gegenstand der systematischen Bewertung sind“ (zitiert nach Pfaff, 2001, S. 29). Es kann der Maßnahmentyp (z.B. Gesundheitszirkel als Methode) oder konkrete Einzelmaßnahmen (z.B. Durchführung des Gesundheitszirkels in der Verkaufsabteilung) Gegenstand der Evaluation sein.

Die *Programmevaluation* beschäftigt sich mit der Bewertung der Gesamtheit aller durchgeführten Maßnahmen und deren Koordination und Zusammenspiel. Sie wird systematisch angewendet als empirische Forschungsmethode zur Beurteilung des Konzepts, der Implementierung und der Wirksamkeit von komplexen Interventionsprogrammen. Programme stellen in diesem Sinne die übergeordnete Ebene der Maßnahmen dar. Der Grund wieso Programme entworfen werden liegt meist in der gezielten Intervention in sozialen Systemen die Situation der Menschen in diesem System zu verbessern oder in der Bearbeitung des Systems selbst. Das Programm kann die Ziele verfolgen, Einstellungen, Werte, Verhaltensweisen oder das Wissen der Menschen zu ändern oder die Strukturen und Prozesse der sozialen Systeme zu gestalten. Ein Beispiel für die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung wäre ein Gesundheitsförderungsprogramm aus verhaltensbezogenen Maßnahmen, wie Rückenschulkurse oder Raucherentwöhnungsseminare, aus verhältnisbezogenen Handlungen, wie z.B. Jobrotation, und ergebnisoffenen Maßnahmen, z.B. Gesundheitszirkel.

Ein Set aus Managementprinzipien und Managementregeln bilden ein Managementsystem, das der Steuerung einer Organisation und der Erreichung bestimmter Sachziele dient (Bsp: Qualitätsmanagement, Gesundheitsmanagement). Dieses System ist der Programmebene übergeordnet. Aus diesem Managementsystem heraus können bestimmte Programme sowie bestimmte Komponenten im Sinne von Maßnahmen geplant, eingeführt und kontrolliert werden. Bei der *Managementevaluation* werden mit Hilfe von validen Daten bewertet, ob es mit dem Managementsystem gelingt, selbst- oder fremdgesetzte Zielvorgaben einzuhalten. Das betriebliche Gesundheitsmanagement zu evaluieren fällt in diese Kategorie.

Das Ziel der *Systemevaluation* ist es, Systemzustände (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) sozialer Systeme (Interaktionskonstellation, Gruppen oder Organisationen) zu bewerten.

Hinzu kommen noch Formen der summativen, formativen, Selbst- und Fremdevaluation (vgl. Pelikan et al., 1998, S. 29ff; Pfaff, 2001, S. 29ff).

Die summative Evaluation ist die zusammenfassende Bewertung einer Intervention nach Abschluss der Programmentwicklung und stellt eine endgültige Bewertung einer Sache dar. Angewendet wird sie, wenn Durchführung und Ergebnisse einer bereits routinisierten Intervention zusammenfassend beschrieben werden sollen.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ist eher die Form der formativen Evaluation verbreitet und vorzufinden. Die Durchführung der Intervention und deren Wirkung werden laufend kontrolliert. Sie findet also während der Programmentwicklung statt und zielt darauf ab, Programme umzuformen und zu verbessern. Sie ist in der Regel komplexer und vielschichtiger, liefert aber keine definitive Aussage über die Wirksamkeit einer Intervention. Sie eignet sich vor allem dann, wenn über die praktische Durchführung der Maßnahme noch keine Erfahrungen oder Standards zur routinemäßigen Handhabung dieser vorliegen. Die summative Evaluation weist eine höhere interne Validität vor, die formative besitzt oft eine höhere externe Validität.

Wie schon der Name verspricht, wird bei der *Selbstevaluation* die Wirksamkeitsmessung von den Akteur/innen, die die Intervention durchführen, selbst gemacht. Da diese Personen das Projekt sehr gut kennen, und sie genau wissen, welche Informationen sie brauchen, wird als Vorteil gesehen. Nachteilig allerdings ist, dass sie oft zu nahe am Geschehen sind, und daher nur bedingt objektiv die Ergebnisse bewerten können. Auch die Kompetenzen der Akteur/innen für die methodisch korrekte Durchführung einer Evaluationsforschung könnten sich als Problem erweisen.

Die *Fremdevaluation* wird von außenstehenden Personen durchgeführt. Obwohl diese Personen oft ein ausgezeichnetes Know-how mit sich bringen, ist diese Form der Evaluation auch kostenintensiver. Wird die Evaluation nicht gut vorbereitet, so besteht die Gefahr, dass Daten erhoben werden, die von den Stakeholder/innen und Interessensvertreter/innen gar nicht gebraucht werden.

Je nach Evaluationstyp wird entschieden, welche Evaluator/innen besser geeignet sind. Die formative Evaluation wird von internen Expert/innen meist durchgeführt, während bei der summativen eher Außenstehende herangezogen werden.

Abschließend soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass das Österreichische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung drei Punkte zusammengefasst hat, die die Gründe der wenig vorliegenden quantitativen Evaluationsformen in der Gesundheitsförderung aufzeigen sollen:

- Der hohe Kostenaufwand, die Zeitintensivität und die Erfordernis methodischer Detailkenntnisse sind Kriterien einer an wissenschaftlichen

Standards orientierten Wirksamkeitsmessung. Die dabei erforderliche Kontrollgruppe ist betrieblich meist nicht umsetzbar.

- Der Zeitpolster ist entscheidend. Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind umfassend und langfristig. Die Identifizierung der Effekte wie Verhaltensänderungen oder Senkung spezifischer Erkrankungsraten ist nur schwer möglich, da eine Reihe von Einflüssen im Lebensumfeld auf diese Effekte einwirken. Womöglich erst nach längerer Zeit hat sich im Projektverlauf und -umfeld einiges verändert. Erst dann kann die nachhaltige Wirkung dieser Maßnahmen gemessen werden.
- Es mangelt an den für eine sorgfältige Evaluation notwendigen Daten.

Zusammenfassung:

Insgesamt geht aus den Beiträgen der Literatur hervor, dass die Qualitätssicherung und Evaluation der BGF erhebliche Fortschritte gemacht haben. Sie sind heute mehr denn je durch ein methodisches Vorgehen geprägt. Die Vorgehensweisen hierfür sind vielfältig. Neben Verfahren, die auf der summativen Evaluation basieren, gibt es auch Formen der formativen Evaluation. Deutlich zeigt sich, dass die Sicherung der Qualität durch Leitlinien als evaluationsunabhängige Form der Qualitätssicherung, die gute Strukturen und Prozesse vorschlagen, nicht vorherrschend ist. Da die Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung derzeit hauptsächlich über die Nutzung der Evaluationstechniken gesichert wird, kann die Evaluation als das zur Zeit wichtigste Instrument zur Sicherung der Qualität betrieblicher Gesundheitsförderung angesehen werden (vgl. dazu die Berichte in dem Buch von Pfaff und Slesina, 2001).

Trotzdem beschreiben Meifert und Kesting (2004) einen wesentlichen Grund, weshalb viele Unternehmensverantwortliche das Gesundheitsmanagement in ihrem Unternehmen trotz einmütigen Bekenntens einer Handlungsnotwendigkeit so gering priorisieren. Das Problem liegt in der Messbarkeit. Hier stehen zukünftig sowohl die Wissenschaft als auch die Praxis in der Verantwortung, geeignete Evaluationsstrategien zu entwickeln bzw. weiter auszubauen.

Für die Praxis soll an dieser Stelle nochmals ausdrücklich erwähnt werden, dass die Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen unverzichtbar ist. An welchen Kriterien sich der Erfolg von Maßnahmen feststellen lässt, ist individuell verschieden. Was sich jedoch zusammenfassend nochmals sagen lässt, ist,

- dass die Beschränkung auf rein quantitative Daten (Krankenstandreduzierung) zu kurz greift,

- dass ein großes Spektrum an Kriterien sinnvoll ist (z.B. gesundheitliche Beschwerden der Mitarbeiter/innen zu erfassen, das subjektive Wohlbefinden; die Fluktuationsrate der Beschäftigten zu bewerten, die Zahl der erarbeiteten Verbesserungsvorschläge und auch die pflegeleichtere Behandlung von Maschinen festzustellen)
- dass die Ergebnismessung schrittweise erfolgen muss. Denn das größte Problem effektiver Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist, dass sich die Verantwortlichen und Beschäftigten erwarten, in kürzester Zeit einschneidende Verbesserungen zu erwarten.

5.4 Was wird in der betrieblichen Gesundheitsförderung qualitätsgesichert und evaluiert?

Die vier Phasen, Planung/Vorbereitung, Implementierung, Realisierung, Abschluss, die bei der Einführung von Interventionen unterschieden werden, sind bereits erwähnt worden und kennen wir aus dem Projektmanagement. Jede dieser Phasen sollte qualitätsgesichert durchgeführt werden. Dies bedeutet im Klartext, dass es für jede Phase ein System der Messung und Ergebnisbewertung geben muss, um festzustellen, ob die Phase auch wirklich erfolgreich durchgeführt wurde, oder ob Nachsteuerungen bzw. Designveränderungen nötig sind. Die beiden Möglichkeiten, wieso im Sinne der Qualitätssicherung und – entwicklung von Interventionen unterschiedliche Typen von Evaluation in den einzelnen Phasen eingesetzt werden, sind (nach Pelikan et al., 1998, S. 27):

- Interventionen werden durch systematisches Feedback weiterentwickelt, verbessert und optimiert. Hierfür eignet sich vor allem die formative Evaluation, die eine Intervention während der Durchführung durch Beobachtung, Dokumentation, Vergleiche zwischen dem Geplanten und dem zu bestimmten Zeitpunkt Erreichten sowie Reflexion unterstützt.
- Entscheidungen über die Intervention können mit Hilfe der Ergebnisevaluation legitimiert bzw. auf eine rationale Basis gestellt werden. Die Ergebnisse werden rückblickend gemessen und bewertet.

Pfaff (2001, S.35) spricht im Zusammenhang von Evaluation und Qualitätssicherung von dem Konzept der evaluationsbasierten Qualitätsentwicklung. Damit meint er ein ganzheitliches Konzept, in dem Evaluations- und Qualitätssicherungsmethoden kombiniert werden, um die Qualität des Gesundheitsmanagements sichern und verbessern zu können.

Die Bausteine setzen sich aus folgenden drei Komponenten zusammen, wobei nur der erste anschließend kurz analysiert wird. Zum Verständnis der letzten beiden würde eine ausschweifende Erklärung nötig sein, die den Rahmen der Arbeit bei weitem überschreiten würde:

- Evaluation von Gesundheitsmaßnahmen, -programmen und -managementsystemen
- Evidenz- und lernbasiertes Gesundheitsmanagement
- Ex-ante und Ex-post Evaluation
- Evaluation von Gesundheitsmaßnahmen, -programmen und -managementsystemen

Wie im oberen Kapitel schon beschrieben, kann sich die Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen auf die Einzelmaßnahme, das Programm oder auf ein Managementsystem beziehen. Hier kann man zwischen Evaluation 1. Ordnung, bei der die Maßnahmen und Programme der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes evaluiert werden, und der 2. Ordnung unterscheiden. Bei letzterer ist das übergeordnete Management Gegenstand der Evaluation. Für eine umfassende Evaluation der betrieblichen Gesundheitsinterventionen müssen beide Ebenen bewertet werden. Laut Pfaff (2001, S. 37) herrscht in der deutschen Forschung in jüngster Zeit allerdings die Tendenz, „die Evaluation der Gesundheitsmaßnahmen und -programme zugunsten der Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements zurückzustellen“. Jedoch handelt es sich um zwei verschiedene Evaluationsverfahren. So kann die eine Evaluation die andere nicht ersetzen, sondern nur ergänzen. Die Verantwortlichen zur Planung eines Gesundheitsprogramms benötigen schließlich Informationen darüber, ob die geplanten Interventionen prinzipiell wirksam sind oder nicht.

5.4.1 Probleme bei der Evaluation von Gesundheitsförderungsinterventionen

Welche besonderen Probleme bei der Evaluation von Gesundheitsförderungsinterventionen auftreten können, zeigen die nach Pelikan et al. (1998, S. 35ff) abgewandelten Punkte:

1. Eine Grundlagenforschung in Bezug auf die Gesundheitsdeterminanten ist leider noch nicht ausreichend vorhanden. Kausale Zusammenhänge zwischen den bestimmten Interventionen und den daraus resultierenden Gesundheitseffekten sind deshalb nur noch begrenzt bekannt. Deshalb sind Praktiker/innen und Akteur/innen auf ihren „Hausverstand“ angewiesen. Ihre Entscheidungen für bestimmte Interventionen beruhen häufig nicht auf wissenschaftlich belegten Erfahrungswerten. Dies wirkt sich natürlich auch auf die Evaluation aus, da nur selten

festgestellt werden kann, ob die getroffenen Maßnahmen für das jeweilige Problem tatsächlich geeignet sind.

2. Da die Interventionen meist vielschichtig kulturell bewertet werden, muss auch die Evaluation darauf abgestimmt sein. Eine bestimmte Maßnahme kann in einem Setting ganz anders wirken als in einem anderen mit unterschiedlicher Kultur.
3. Die diffusen Zielkriterien, nach denen Gesundheitsförderungsinterventionen durchgeführt werden, sind meist nur schwer messbar. Die Akteur/innen zielen allgemein auf eine Gesundheitsverbesserung ab, ohne dabei zu bedenken, ob diese Kriterien operationalisierbar sind. Eine erfolgreiche Evaluation ist aber auf möglichst konkrete Zielvorgaben angewiesen, um die Auswirkungen der Intervention feststellen zu können.
4. Bei Gesundheitsinterventionen handelt es sich meist um Interventionen in komplexen Systemen, meist in einer gesamten Organisation oder Abteilung. Bei der Evaluation handelt es sich aber um eine Komplexitätsreduktion, um die Intervention fassbar zu machen. Deshalb müssen einige wichtige Kriterien bestimmt werden, die sich eignen, die Wirkungen zu beschreiben. In diesem Zusammenhang stellt sich auch das Problem, dass noch zu wenig Theorien über die Effekte von Interventionen in komplexen Systemen vorliegen, wobei in jüngster Zeit immer mehr Projekte im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung laufen, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen.

5.5 Evaluationsziele: Outcomes und Funktionen der Evaluation für die betriebliche Gesundheitsförderung

Wenn sich ein Erfolg wie im Kapitel 3.7 nachweisen lässt, so kann sich die BGF ganzheitlich im Management und in der Organisation integrieren.

Deshalb ist unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsprinzips vor allem die Evaluation gefordert. Ihr kommt im Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zu. Damit BGF-Projekte Berechtigung in der Ein- und Durchführung finden können, sind sie sowohl den Kassen als auch den Betrieben Rechenschaft darüber schuldig, ob und wie effizient mit den vorhandenen Ressourcen umgegangen wurde und in welchem Verhältnis Kosten und Nutzen von gesundheitsfördernden Maßnahmen stehen. „Nur durch den systematischen Vergleich von Ziel und Ergebnis, von entstandenen Kosten und realisiertem Nutzen können Aussagen über die Wirtschaftlichkeit getroffen werden“ (Westermayer & Stein, 2006, S. 210).

Zusammenfassend lassen sich also für Krankenkassen und auch die Unternehmen zwei Funktionen der Evaluation feststellen: Sie ermöglicht Aussagen über

1. die Wirksamkeit (in jeder Effektivität steckt auch Akzeptanz durch die Mitarbeiter/innen) und
2. die Effizienz, also über die Kosten-Nutzen von Maßnahmen, Programmen, Modellversuchen oder Projekten.

Aufgrund dieser Faktoren, die Evaluation für die BGF leistet, lässt sich eine qualifizierte Beratung der Unternehmen zum Thema BGF durchführen.

Diese **Funktionen** der Evaluation erlauben einen *Vergleich* mit anderen Anbieter/innen, nicht nur auf dem nationalen, sondern auch auf dem europäischen Markt. Außerdem kann sie ein *Planungs-* und *Entscheidungsinstrument* für zukünftige Investitionen und Ressourcennutzen sein. Bei der Einführung bestimmter Verfahren oder Programme ist sie eine Durchsetzungshilfe und bietet schließlich eine Optimierungsgrundlage. Damit kann festgestellt werden, dass Evaluation als Mittel zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung eingesetzt werden kann (Westermayer & Stein, 2006, S. 210).

5.6 Zusammenfassung: Ebenen der Evaluation, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung vereinigt sowohl die Gesamtheit der in einem Betrieb oder auch überbetrieblich vorhandenen aufbau- und ablauforganisatorischen Gesundheitsförderungsstrukturen, als auch die konkreten Aktivitäten und Prozesse zur Gesundheitsförderung. Slesina (2001, S. 20) unterscheidet im Folgenden zwischen vier Ebenen der Evaluation, Qualitätssicherung und –entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

1. Evaluation: Hier wird die Evaluation von Maßnahmen, Maßnahmetypen, komplexen Programmen oder auch des organisatorischen Settings betrieblicher Gesundheitsförderung verstanden. Sie kann sowohl die einzelnen Bausteine wie auch die gesamte Bandbreite der Maßnahmen, Programme und Strukturen der Gesundheitsförderung im Unternehmen in Betracht ziehen. Die Evaluation könnte sich auf die verhaltensorientierten Maßnahmen (wie beispielsweise Stressbewältigung, Bewegungsschulung, Hebe- und Tragetraining, Kurse zur Raucherentwöhnung, Beratung zur richtigen Ernährung) oder verhältnisorientierte Kampagnen (wie ergonomische, arbeitsorganisatorische Maßnahmen, Gesundheitszirkel usw.)

beziehen. Ihr Gegenstand könnte ebenso gut das kombinierte verhaltens- und verhältnisbezogene Angebot (ergonomische Rückenschule) aber auch die Strukturen und Prozesse zu Aufbau und Ablauforganisation betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. des Gesundheitsmanagements eines Unternehmens sein.

2. Unter Qualitätssicherung und –entwicklung wird die systematische Gewinnung und Nutzung von Informationen über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Verbesserung im Betrieb zusammengefasst. Auch hier können einzelne Maßnahmen und Programme betrieblicher Gesundheitsförderung im Mittelpunkt von Qualitätssicherung und –entwicklung stehen, ebenso aber auch Strukturen und Prozesse betrieblicher Gesundheitsförderung im Gesamten. Die Qualitätssicherung und –entwicklung stützen sich dabei auf Verfahren wie Mitarbeiter- und Expert/innenbefragungen, Gesundheitsberichte, Entwicklung von Qualitätskriterien und Standards (Leitfäden), Lernzyklen, Qualitätszirkel, kontinuierliche Verbesserungsprozesse, Qualitäts-handbuch, benchmarking u.a.
3. Die Qualitätsmanagementsysteme geben der Qualitätssicherung und –entwicklung in Betrieben eine systematische Grundlage und stellen den Prozess der Qualitäts-sicherung und –förderung auf Dauer dar.
4. Abschließend folgt eine systematische Prüfung des Qualitätsmanagementsystems der Organisation durch interne oder externe Audits. Ein Beispiel wäre hier die Selbstbewertung der Organisation nach dem EFQM-Modell oder durch Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9000 Normreihe.

Die aktuelle Diskussion, nach Slesina (2001, S. 21), fordert, BGF und ihre Qualitätssicherung in das betriebliche Gesundheitsmanagement einzubinden. Dieses wiederum könnte in ein umfassendes Management von Qualität, Sicherheit und Umwelt integriert werden.

Die Unterscheidung der folgenden Ebenen zeigt unter einem anderen Blickwinkel als zuvor mögliche Ansatzpunkte von Evaluation und Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung:

1. Maßnahmentypen, Programme:

Nach den Merkmalen Struktur, Prozess und Ergebnis werden die Programme der BGF (Gesundheitszirkel, Kurse, Trainingsprogramme, u.a.) wissenschaftlich evaluiert. Diese Forderung der systematischen Evaluation richtet sich in erster Linie an betriebsexterne Verfahrensentwickler/innen und Anbieter/innen, wie z. B. an Sportwissenschaftler/innen. Erst durch die Wirksamkeitsprüfung dieser Maßnahmearten erhält man Klarheit über die erreichbaren Effekte, Effektstärken und Effektdauer unter Bezug auf die gesetzten Ziele.

2. Konkrete Maßnahmen im Unternehmen:

Im Gegensatz zu einer „efficacy“-Prüfung von Maßnahmetypen und Programmen, die unter Idealbedingungen durchgeführt wird, bildet diese zweite Ebene die Evaluation und Qualitätssicherung der konkreten Maßnahmen BGF im einzelnen Unternehmen, d.h. im Unternehmensalltag. Werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisbefunde ausgewertet, erhält das Unternehmen Rückschlüsse auf Ursachen erreichter und nicht erreichter Ziele sowie Schlussfolgerungen für weitere Aktivitäten. Für diese interne Erfassung und Bewertung des Organisationsablaufes sind die Betriebe auf praktikable, unaufwendige Indikatoren und Instrumente angewiesen. Diese werden von der Wissenschaft für die Nutzer/innen entwickelt und zur Verfügung gestellt.

3. Organisation als Setting, Gesundheitsmanagement:

Hier geht es um die Beurteilungsebene der Organisation als gesundheitsförderliches sozio-technisches System bzw. Setting. Im Mittelpunkt stehen Art und Umfang von vorhandenen gesundheitsförderlichen Arbeits- und Handlungsbedingungen, personalen und strukturellen Ressourcen. Weiters werden formelle Strukturen und Prozesse der BGF wie beispielsweise die Integration der Gesundheitsförderung in ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement auf das Vorhandensein und Funktionieren hin überprüft.

4. Überbetriebliche Einrichtungen:

Als vierte Betrachtungsstufe wird insbesondere die Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben herangezogen. Die Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung für Klein- und Kleinstunternehmen sind von der Beratung und Unterstützung externer, überbetrieblicher Einrichtungen (Krankenkassen, Innungen, u.ä.) abhängig. Die Gesundheitsförderungs-Infrastrukturen, Serviceleistungen und Gesundheitsförderungsprojekte solcher überbetrieblichen Einrichtungen gestalten sich selbst wiederum als Objekt evaluierender und qualitätssichernder Maßnahmen.

Nach Slesina (2001, S. 23) sind für das Gesundheitsmanagement von Organisationen „Indikatoren erforderlich, die aufwandsarm ein Qualitätsmonitoring der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes sowie daran anknüpfende Aktivitäten zur Qualitätssteigerung ermöglichen“.

5.7 Conclusio

Bei der Frage, ob die Evaluation als Instrument der Qualitätssicherung sinnvoll in ein betriebliches Gesundheitsmanagement eingebunden werden kann, zeigte sich zunächst, dass die Qualitätssicherung von Gesundheitsmaßnahmen und –programmen andere Formen der Evaluation verlangt als die von Managementsystemen. Während sich bei ersteren eher die Formen der summativen Evaluation empfiehlt, kommt bei der Evaluation des Gesundheitsmanagement eher die Technik der formativen zum Einsatz.

In jedem Fall hat sich gezeigt, dass es sich beim „Wie“ der Evaluation und der Qualitätssicherung um ein hochkomplexes Problem strategischer Optimierung der Qualitätssicherungsstrategien und des Projektdesigns handelt. Genauso wie man Qualitätssicherungsstrategien für innovative Interventionen und deren routinisierten Alltagsanwendung benötigt, nimmt auch die Evaluation eine bedeutende Rolle ein.

Qualitätssicherung und Evaluation als idealiter endloser Prozess müssen praktisch begrenzt werden. Um dauerhaft Qualität zu garantieren, müssen auch Qualitätssicherungsstrategien wiederum qualitätsgesichert und evaluiert werden.

6 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen

6.1 Einleitung

Wie schon erwähnt, besteht die Herausforderung der BGF vor allem im Bereich der Klein- und Mittelunternehmen. Die in Kapitel 3 vorgestellten Ansätze sind hauptsächlich für Großunternehmen entwickelt worden. Denn in diesen Organisationen existiert meist die notwendige interne Infrastruktur für gesundheitsförderliche Programme am Arbeitsplatz. Deshalb muss für den KMU-Bereich ein anderes Konzept für die BGF entwickelt werden. Die Strategie, die vorgestellten Modelle zu vereinfachen und die in Großbetrieben funktionierenden Programme auf die KMU umzuwälzen, ist wenig erfolgsversprechend. Der Grund liegt in den zu unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Deshalb hat das Europäische Netzwerk eine Initiative gestartet, in deren Konzentration Klein- und Mittelbetriebe stehen. Der Schwerpunkt liegt hier erstmals in der Sammlung und Verbreitung von positiven Praxisbeispielen. Insbesondere sind hier best practice Modelle für ein erfolgreiches Marketing betrieblicher Gesundheitsförderung in diesem Sektor zu identifizieren und zu dokumentieren (vgl. Breucker, 1999; Breucker, 2001, S. 141).

Demmer (1996, S. 42) sieht die Behauptung, dass die Konzepte und Programme, die hauptsächlich in Großunternehmen bis jetzt Anwendung fanden, auf kleinere Organisationen nicht zu übertragen sind, ein wenig anders. Sie meint, dass die bereits vorliegenden Erfahrungen (siehe auch Berichte von Demmer 1996, S. 23ff) beweisen, dass jeder Betrieb und jede Institution die BGF vorantreiben kann, unabhängig von Betriebsgröße, Branche, gesetzlichen und infrastrukturellen Besonderheiten in allen Ländern Europas. Jeder sollte die Möglichkeit der institutionellen und organisationsinternen Vernetzung sowie der Institutionen-übergreifenden Zusammenarbeit im eigenen Umfeld ausloten und nutzen. „Dies gilt insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe und gleichermaßen auf europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Ebene. [...] Getragen vom gemeinsamen Bemühen werden solche Netzwerke zu wirksamen Katalysatoren gesundheitsfördernder Kettenreaktionen in privaten Unternehmen und öffentlichen Diensten, in Schulen und Krankenhäusern“ (zitiert nach Demmer, 1996, S. 42).

Auch in Österreich haben sich bislang die Maßnahmen der BGF hauptsächlich in Großbetrieben etabliert. Der Handlungsbedarf vor allem für die kleinen und mittleren Unternehmen ist jedoch auch in unserem Land besonders groß. Diese Betriebe sind nämlich für die österreichische Wirtschaft aufgrund ihres hohen Anteils am Beschäftigungsmarkt von besonderer Bedeutung.

Die unten stehende Tabelle zeigt die Anzahl der Betriebe und Beschäftigten (aller Gebietskrankenkassen) in Österreich vom Juli 2007:

Tabelle 1: Betriebe und Beschäftigte, alle Gebietskrankenkassen aus dem Berichtsmonat 07/07

Zeile	Zahl der Beschäftigten je Betrieb	Zahl der Betriebe	Prozent	Zahl der Beschäftigten	Prozent
1	I n s g e s a m t	249.142	100,00	2.856.549	100,00
2	1	91.279	36,64	91.279	3,20
3	2	36.893	14,81	73.786	2,58
4	3	23.925	9,60	71.775	2,51
5	4	16.527	6,63	66.108	2,31
6	5	11.826	4,75	59.130	2,07
7	6 bis 9	26.101	10,48	188.950	6,62
8	10 bis 14	13.982	5,61	163.525	5,73
9	15 bis 19	7.243	2,91	121.465	4,25
10	20 bis 29	7.231	2,90	171.770	6,01
11	30 bis 49	5.903	2,37	223.882	7,84
12	50 bis 99	4.186	1,68	287.575	10,07
13	100 bis 199	2.210	0,89	305.319	10,69
14	200 bis 249	450	0,18	99.722	3,49
15	250 bis 299	307	0,12	83.823	2,93
16	300 bis 499	539	0,22	206.272	7,22
17	500 bis 999	360	0,14	246.459	8,63
18	über 999	180	0,07	395.709	13,85

(WK Burgenland, 2008).

Da die KMU einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Lösung des Problems der Arbeitslosigkeit leisten, wird ihnen in Europa wegen ihrer wirtschaftlichen und sozialen Bedeutung zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. Im besonderen Interesse sind vor

allem jene Betriebe, für die wegen ihrer kleinen bzw. mittleren Unternehmensgröße die Punkte Flexibilität und Anpassungsfähigkeit keine Fremdwörter sind.

Dies hat auch das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung erkannt und beschäftigte sich deshalb zweieinhalb Jahre mit der besonderen Situation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der BGF in Klein- und Mittelunternehmen. Hauptziel war es, Beispiele guter Praxis zu verbreiten. Dadurch soll der BGF mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und alle Verantwortlichen und Beteiligten sollen sich in stärkerem Maße für die gesundheitlichen Belange von KMU engagieren. Folgende Ergebnisse sind daraus entstanden: (siehe dazu ausführlich BKK Bundesverband 2001, a, b, c).

- Darstellung und Bewertung der BGF-Situation in KMU der beteiligten 18 Länder.
- Entwicklung von gemeinsamen Kriterien für eine gute Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU. Anhand dieser Kriterien (die in dieser Arbeit noch näher beschrieben werden) wurden entsprechende Praxisbeispiele identifiziert und dokumentiert.
- Formulierung von „Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung in KMU“. Diese Kriterien werden der Europäischen Kommission, den anderen Europäischen Institutionen sowie den verantwortlichen Stellen auf nationaler Ebene zur Verfügung gestellt.

Die Praxisbeispiele der unterschiedlichen Institutionen und Netzwerke zeigen, wie sensibel mit dem Thema der Gesundheitsförderung in KMU umgegangen werden muss und dass es doch einiger Abänderungen und Anpassungen der einzelnen Faktoren an diese Unternehmensgröße bedarf. Deshalb beschäftigt sich dieses Kapitel beginnend mit den Besonderheiten, Strukturen und Problemen von KMU, folgend mit der Auseinandersetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung in dieser Kategorie der eher kleineren Betriebe. Dabei soll die Frage nach dem Grund für den Mangel an BGF in KMU genauso geklärt und Vorzeigeprogramme und Best-Practice Modelle vorgestellt werden.

Zusätzlich sind die Hindernisse und Potentiale für BGF in KMU zu klären. Dabei stützen sich die Aussagen auf die von Netzwerken und Institutionen in Auftrag gegebenen Projektergebnisse. Es handelt sich hierbei um einen Auszug der bereits durchgeführten Projekte und Modelle, die für andere KMU als Anregung und Anleitung für die Einführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in ihrem Betrieb dienen sollen.

6.2 Begriffsbestimmung und die Bedeutung der Klein- und Mittelunternehmen für die soziale und ökonomische Entwicklung in der EU

Welche Betriebe nun genau in die Kategorie von Klein- und Mittelunternehmen fallen, ist wegen den verwendeten Kriterien aufgrund der sehr heterogenen Wirtschaftsstruktur in den einzelnen europäischen Ländern schwer zu definieren. Lediglich in Großbritannien und Irland gibt es eine eindeutige, offizielle Begriffsbestimmung von KMU. Das meist verwendete Kriterium ist die Beschäftigungszahl, doch auch die Größenanordnung unterscheidet sich mächtig zwischen den Staaten. Das Verständnis im Hinblick auf kleine Unternehmen ist ebenso verschieden wie die Differenzierung zwischen kleinen und „Mikrounternehmen“ (vgl. Europäische Stiftung 1999, zitiert nach Breucker & Sochert, 2001, S. 214).

Nicht nur die Beschäftigungszahl, sondern auch qualitative Merkmale wie das Ausmaß der Arbeitsteilung, die Einbindung des Unternehmenseigners in den Produktions- bzw. Dienstleistungserstellungsprozess oder die Zugehörigkeit des Betriebes zum formellen oder informellen Beschäftigungssektor, bestimmen die Abgrenzung von KMU. Nach Breucker et al. (2001, S. 214) zieht das ENBGF die von der Europäischen Kommission ausgearbeitete Definition heran. Dabei werden die Merkmale „Beschäftigungszahl“, „Umsatz“, „Bilanzvolumen“ und „wirtschaftliche Unabhängigkeit“ kombiniert und als KMU Betriebe eingegrenzt, wenn

- sie weniger als 250 Mitarbeiter/innen beschäftigen,
- sie einen Jahresumsatz von höchstens € 40 Mio. oder eine Jahresbilanzsumme von max. € 27 Mio. erzielen und
- sich der Betrieb zu höchstens 25 % im Besitz eines oder mehrerer großer Unternehmen befindet.

Weiters empfiehlt sich eine weitere Differenzierung, wie die unten abgebildete Grafik zeigt:

Betriebsgrößenklasse	Anzahl der Beschäftigten
KMU	< 250
Mittelunternehmen	50 – 250
Kleinunternehmen	10 – 50
Mikro (Kleinst-)unternehmen	< 10

Abbildung 7: Definition der Betriebsgrößenklassen durch die Europäische Kommission (BKK, 2001b)

Nach Breucker und Sochert (2001) beschäftigen fast 20 Mio. Unternehmen innerhalb der Europa – 18 – Staaten weniger als 250 Mitarbeiter/innen. Dies sind mehr als 99 % aller Unternehmen. Insgesamt sind 77 Mio. Menschen in Klein- und Mittelunternehmen beschäftigt. Zusätzlich fallen mehr als die Hälfte des europäischen Umsatzes auf die KMU (ENSR, 2000). In Österreich sind es nach oben stehender Tabelle insgesamt rund 249.000 Betriebe, wobei 247.800 Unternehmen bis zu 250 Mitarbeiter/innen beschäftigen. Daraus ergibt sich ein KMU-Anteil von mehr als 99,5 % am österreichischen Markt. Dies zeigt, welchen wesentlichen Beitrag nun der KMU-Sektor zur sozialen und ökonomischen Entwicklung in der Europäischen Gemeinschaft beiträgt.

6.3 Differenzen zwischen Klein- und Mittelunternehmen zu größeren Organisationen

In Klein- und Mittelunternehmen sind die unterschiedlichsten Berufsfelder, wie z.B. Handwerker/innen, Friseur/innen, Werkstätten aber auch Unternehmensberater/innen zu finden. Und auch innerhalb dieser Erwerbszweige sind die Unterschiede bezüglich der Merkmale wie Tradition und Moderne beachtlich. So orientieren sich moderne Handwerksbetriebe eher an den veränderten Märkten und ihren Trends. Als Gegensatz steht bei traditionellen Handwerksbetrieben eher die Pflege eines bestehenden Kundenstammes im Vordergrund.

Die unten beschriebenen Merkmale (Thul, Zink & Mosthaf, 2001, S. 200) sollen Aufschluss über die Besonderheiten von KMU liefern. Außerdem sind diese Kriterien bei der Einführung von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beachten, um einen Erfolg erzielen zu können:

- Die relative Autonomie von Betrieben dieser Größenanordnung
- Geringer Grad der Formalisierung der Organisationsstruktur und der arbeitsteiligen Beziehungen, d.h. stark personenbezogene, flache Hierarchien und damit auch kurze Kommunikationswege
- Vorrangig „learning-by-doing“-Prozesse
- Höheres unternehmerisches Risiko und Ressourcenmangel, wie Zeit und finanzielle Mittel
- Eher weniger Spezialisten im Unternehmen
- Flexibilität bei der Einführung und Anwendung neuer Managementansätze und –instrumente

Zusammengefasst kann also festgestellt werden, dass sich Klein- und Kleinstunternehmen im Vergleich zu Großbetrieben durch andere Arbeits- und Produktionsbedingungen auszeichnen. Darunter fallen nicht nur formale Organisationsstrukturen, weniger Schnittstellen, sondern auch ein größeres Ausmaß an direkter Kommunikation (Breucker & Sochert, 2001, S. 215).

Welche Bedingungen es nun sind, die sich auf den Stellenwert von Sicherheits- und Gesundheitsfragen in Unternehmen dieser Größenklasse auswirken, soll folgende Auflistung zeigen: (nach Breucker & Sochert, 2001, S. 215):

- **die Rolle von Betriebsinhaber/innen:** Diese entscheiden über die Gestaltung der Arbeitsbedingungen in Klein- und Kleinstunternehmen. Das bedeutet, dass diese Person durch ihre Vorbildfunktion auch den Umgang mit Gefahren am Arbeitsplatz prägt.
- **die sozialen Beziehungen:** Das familiäre Verhältnis prägt viele Kleinunternehmen. Häufig handelt es sich um Familienbetriebe, in denen die Familienangehörigen mitarbeiten. Dies führt weitgehend zur Verschmelzung von Arbeit und Privatsphäre. Dadurch entsteht große Transparenz unter den Mitarbeiter/innen in Bezug auf ihre persönlichen Lebensumstände.
- **die Arbeitsanforderungen:** Durch die vergleichsweise einfachere Organisationsstruktur existieren weniger standardisierte Arbeitsabläufe. Das Ausmaß an direkter Kommunikation ist größer. „Saisonale Schwankungen und die damit geforderte hohe Flexibilität verlangen mitdenkende und eigenverantwortlich handelnde Fachleute mit relativ hohem Qualitätsniveau und angemessenen Handlungsspielräumen“.

Breucker und Sochert (2001) sprechen davon, dass es aufgrund der großen Unterschiede innerhalb des KMU-Sektors schwierig ist, ein genaues Bild der Beschäftigungssituation zu erstellen. Sie stützen sich daher auch auf Daten der Europäischen Stiftung von 1999, um auf folgende Besonderheiten im Vergleich zu großen Unternehmen hinzuweisen:

- eine größere Arbeitszeitflexibilisierung in kleinen Unternehmen infolge stärkerer Leistungsverdichtung (nicht aufgrund innovativer Arbeitszeitregelungen)
- eine geringere Entlohnung
- eine geringere Arbeitsplatzsicherheit sowie
- weniger Ressourcen für Personalentwicklungsmaßnahmen, Weiterbildung und Gesundheitsschutz

6.4 Besonderheiten der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen

Durch die unterschiedlichen Arbeits- und Produktionsbedingungen, der einfacheren formalen Organisationsstruktur und der besseren direkten Kommunikation mit den familienähnlichen sozialen Beziehungen, wie schon oben beschrieben, ist betriebliche Gesundheit nicht arbeitsteilig organisiert, sondern unmittelbar in den Arbeitsalltag eingebunden. Laut BKK (2001b) waren diese und weitere Unterschiede dafür verantwortlich, neben den bereits 1999 veröffentlichten Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung eigenständige Kriterien für gute Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen zu entwickeln.

Ausgangspunkt dafür waren drei Handlungsfelder, die betriebliche Gesundheitsförderung in KMU umfasst. Diese sind in der Praxis eng miteinander verbunden:

- Maßnahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits-, Umwelt- und Gesundheitsschutzes,
- Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung sowie zur Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Sie gehen über die gesetzlichen Vorschriften hinaus, verfolgen eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Verhältnisse) und unterstützen einen gesünderen Lebensstil.
- Maßnahmen im Bereich der sozialen Verantwortung von KMU, die sich wie folgt gliedern in
 1. Wohlfahrts- oder Sozialleistungen für Beschäftigte mit bestimmten Problemlagen (Bsp.: Angebote für Alleinerziehende, Schwerbehinderte oder Mitarbeiter/innen mit Schulden).
 2. Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsrelevanter Initiativen in der Gemeinde oder der Region.



Abbildung 8: Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen (nach BKK, 2001 b).

Vorbildhafte Praxisbeispiele zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie nicht nur die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, sondern darüber hinaus zusätzlich Maßnahmen in den beiden anderen Handlungsfeldern durchführen.

6.5 Hindernisse und Potenziale der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen

Diese vorgestellten Ergebnisse stützen sich allesamt auf Befragungen von Unternehmen, die in unterschiedlichen Studien durchgeführt wurden. So hat beispielsweise die Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit der Wirtschaftskammer Österreich das Projekt well@work in Auftrag gegeben, das im Zeitraum von Oktober 2001 bis Oktober 2002 in österreichischen kleinen und mittleren Unternehmen durchgeführt wurde, um einen Beitrag der Vision „Gesunde Mitarbeiter/innen in gesunden Unternehmen“ zu leisten.

Dabei zeigte sich, dass nicht nur Ergebnisse zu den Gründen für die Barrieren der Einführung von BGF gewonnen werden konnten, sondern auch die Erkenntnis, dass Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung auch in kleineren Unternehmen einen wesentlichen Beitrag zur Reduzierung von Belastungen und zur Aktivierung gesundheitlicher und wirtschaftlicher Potentiale leisten können.

Kleine Unternehmen haben im Gegensatz zu Großbetrieben weniger zur Verfügung stehende Ressourcen. Die kurzfristige Existenzsicherung steht dabei längerfristigen Themen wie der Gesundheitsförderung im Vordergrund. Die Gestaltung der Arbeits-

bedingungen und der Umgang mit Belastungssituationen am Arbeitsplatz sind vorrangig von der Einstellung der Betriebsinhaber/innen und von deren Überzeugungen geprägt. Doch Hauptgrund für die Skepsis gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung scheint darin zu liegen, dass der individuelle Nutzen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht ersichtlich erscheint. Da der Begriff an sich für zu wenige Personen mit ansprechenden Vorstellungen verknüpft ist, löst er auch wenig Assoziationen aus und motiviert daher nicht zum Handeln. Da der Return on Invest – also der Nutzen und die Effekte, wie etwa ein verbessertes Betriebsklima oder motivierte Mitarbeiter/innen, von eingesetzten Mitteln für betriebliche Gesundheitsförderung sich nur teilweise und schwer messen lassen bzw. mit Zahlen zu belegen sind, schrecken viele Kleinunternehmen von der Investition zurück. Denn die positiven Effekte von BGF stellen sich erst längerfristig ein.

Auch das Österreichische Netzwerk hat mithilfe der OÖKK als Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung eine Bedarfsanalyse für betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen im Land Oberösterreich im Februar 2004 gestartet (<http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/123879.PDF>). Dabei gaben 75 % (N = 569), also drei Viertel der befragten Unternehmensleiter/innen an, dass keine passenden Angebote bekannt sind. Es liegt also unzureichende Transparenz der Angebote vor. An zweiter Stelle der Ergebnisse steht „fehlendes Wissen“, gefolgt von Unkenntnis darüber, an welche Anlaufstelle sich die Betriebseigentümer/innen wenden könnten bei Fragen über die betriebliche Gesundheitsförderung. Genauso viele, also 69% sehen auch kein wirkliches Gesundheitsproblem ihrer Belegschaft. Rund die Hälfte gibt die fehlenden finanziellen Mitteln als Hürde an, genauso viele setzen einfach andere Prioritäten. Auch der Zeitfaktor spielt eine entscheidende Rolle. Für rund ein Drittel ist betriebliche Gesundheitsförderung unpassend für ihre Organisation und 36% sehen keinen Bedarf aufgrund mangelnder Nachfrage von Seiten der Belegschaft. Und 27 % hätten schlichtweg kein Interesse.

Zusammengefasst können also drei grundlegende Barrieren, nämlich mangelnde Transparenz, wirtschaftliche Gründe und fehlende Sensibilität als mögliche Hürden für die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen in kleinen Unternehmen gesehen werden.

6.5.1 Problemfelder in der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Mayer (1997) hat festgestellt, dass betriebliche Gesundheitsförderung nicht ausreichend akzeptiert wird und ihr Nutzen nur zögernd anerkannt und die Interventionen und Maßnahmen selten umgesetzt werden. Doch in den letzten Jahren haben sich verschiedene Interessenträger/innen verstärkt dem Thema angenommen und zahlreiche erfolgreiche gesundheitsbezogene Projekte in Betrieben durchführen können. Die unten angeführten Problemfelder und Stolpersteine, die auf dem Weg zu einer langfristig erfolgreichen Gesundheitsstrategieumsetzung liegen, sind heute teilweise noch genauso vorzufinden, wie vor elf Jahren. Diese gilt es zu hinterfragen und im Erfahrungsaustausch mit Expert/innen und Praktiker/innen zu verbessern, damit BGF eine Zukunftschance erhält.

- BGF fehlt der unternehmensspezifische Zuschnitt. Wichtig für den Erfolg von Gesundheitsmaßnahmen ist es, BGF auf die jeweilige Unternehmenssituation zuzuschneiden. Befürworten auch die Beschäftigten die Mithilfe der Gesundheitsförderung, wirkt sich dies positiv auf die Akzeptanz und das Betriebsklima aus.
- Die wenig realistischen und realisierbaren Ziele in der BGF trüben eine erfolgsversprechende Umsetzung. Voraussetzung hierfür ist die Festlegung einzelner Aufgabenfelder und Arbeitsschritte, die möglichst von allen gemeinsam getragen werden. Zusätzlich müssen sie unter administrativen, finanziellen, organisatorischen, personellen und rechtlichen Bedingungen umsetzbar sein.
- Die Erwartungshaltung der Beteiligten bestimmt Erfolg oder Misserfolg von gesundheitsbezogenen Programmen. Hierbei handelt es sich um Aspekte der quantitativen und zeitlichen Dimension. Gibt es Aktivitäten, die sich auf die eigene Gesundheitsverbesserung auswirken, so muss auch die Bereitschaft der Gesamtheit dafür geweckt werden. Die Schwierigkeiten, solche Angebote wahrzunehmen, ist von der lebenslang erworbenen eigenen Einstellung zur Gesundheit und von den Angebotsstrukturen und Anreizsystemen abhängig. Da der sofort sichtbare Erfolg im Bereich der Gesundheitsförderung oft nicht greifbar ist, sondern sich erst langfristig äußert, können Gesundheitsförderungsprogramme scheitern.

Doch die bereits zahlreich durchgeführten Projekte der unterschiedlichen Institutionen im Bereich der BGF, seit kurzer Zeit auch verstärkt in Klein- und Mittelbetrieben, zeigen die Erfolge der Investition in Gesundheitsförderungsaktivitäten.

6.5.2 Überwindung und Umsetzbarkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen

Nach der Studie well@work und der Bedarfsanalyse in oberösterreichischen Klein- und Mittelunternehmen, wie schon im Kapitel 6.5 kurz vorgestellt, wird jedoch auch deutlich, dass kleinere Unternehmen Angebote brauchen, die eine Entschärfung ihrer zentralen Problematiken bieten.

Betriebliche Gesundheitsförderung kann einen konkreten Beitrag zur Entlastung in den Bereichen Arbeitsorganisation, innerbetriebliche Strukturen und Abläufe, sowie Kommunikation (ähnliche Befunde auch in der Literatur zu finden) im Sinne eines partizipativen Prozesses leisten. So kann zum Beispiel in Gesundheitszirkeln das Wissen und die Erfahrungen der Mitarbeiter/innen über ihre eigene Arbeitssituation im Sinne von Expert/innen Wissen genutzt werden. Ebenso können im Unternehmen individuelle, alltagstaugliche Strukturen und Abläufe entwickelt und die innerbetriebliche Kommunikation verbessert werden. Wichtig dabei ist es auch, dass erfahrene Personen bzw. Organisationen die Unternehmen inhaltlich und organisatorisch begleiten und unterstützen. Damit kleine Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen gestalten können, bedarf es individueller und praxisnaher Lösungen, die sich einfach und ohne großen Widerstand und Aufwand in den Betriebsalltag integrieren lassen. Bei solchen Projekten sind ein hohes Maß an Flexibilität und Kreativität gefragt. Viele Vorgehensweisen stammen aus größeren Betrieben, die für Klein- und Mittelbetriebe methodisch nicht anwendbar sind.

Bei Kleinunternehmen mit nur wenig Mitarbeiter/innen lässt sich die Analyse-Phase einfach anhand von persönlichen Einzelgesprächen durchführen. So erhält man ein umfassendes Bild von der spezifischen Situation im Unternehmen. Die Belegschaft erhält so die Möglichkeit, sich aktiv bei der Planung und Realisierung von betrieblicher Gesundheitsförderung einzubringen.

Durch Veranstaltungen und Veröffentlichung von Erfahrungsberichten bereits BGF-erfahrener Unternehmen wird die Hemmschwelle bei anderen Betrieben gesenkt, in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter/innen zu investieren (well@work.at).

Bei der Frage nach der Umsetzbarkeit betrieblicher Gesundheitsförderung schätzten 62 % der oberösterreichischen (<http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/123879.PDF>) Klein- und Mittelunternehmen die Implementierung von Gesundheitsmaßnahmen in ihrem Betrieb als weniger bzw. nicht schwierig ein. Dies zeigt, dass nicht aufgrund von Ängsten gegenüber BGF bisher wenig von Seiten der Betriebsinhaber/innen passiert ist, in das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen zu investieren. Vielmehr liegt es an dem mangelndem Wissen über das Angebot im Bereich der Gesundheitsförderungsthematik.

6.6 Kriterien guter Praxis und models of good practice

Wie schon berichtet hat betriebliche Gesundheitsförderung vorrangig in Großunternehmen Anerkennung gefunden. Um aber nun auch die Beschäftigten in Klein- und Mittelunternehmen, die den Großteil der Arbeitenden ausmachen, zu erreichen, hat das Europäische Netzwerk die Auseinandersetzung mit KMU zu einem seiner Arbeitsschwerpunkte erklärt. Dies wurde bereits in der Luxemburger Deklaration 1997 und dem „Cardiff Memorandum“ ein Jahr später zum Ausdruck gebracht (BKK Bundesverband, 2005).

Neben dem Netzwerk haben es auch viele andere themenrelevante Institutionen, wie z. B. der Fonds Gesundes Österreich, das Bundeskanzleramt, aber auch Schweizer und Deutsche Gesundheitsorganisationen, die sich mit betrieblicher Gesundheitsförderung beschäftigen, geschafft, durch die Sammlung erfolgreicher Modelle betrieblicher Gesundheitsförderung aus allen mitarbeitenden Ländern, wirklich gute Praxis der BGF in der Europäischen Union bekannt zu machen. So können die Unternehmen sehen, was ihnen der Einsatz von BGF bringt.

In Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung ist immer häufiger von „Good Practice“ und „Best Practice“ die Rede.

Der ursprünglich aus der Wirtschaft stammende Begriff „Best Practice“ wird definiert als „die Nutzung sämtlicher zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Erreichung vorbildlicher Lösungen und Verhaltensweisen, die zu Spitzenleistungen führen.“ (zitiert nach Lehmann, Genee, Kaba-Schönstein, Kilian, Meyer-Nürnberg, Brandes, Bartsch, BzgA 2006, Einleitung). Als Vergleichsmaßstab dienen hervorragende Leistungen anderer Anbieter/innen (so genanntes benchmarking).

„Gute Praxis“ als pragmatisches Verfahren, systematisiert vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Organisationen oder Anwender/innen, die meist als Konkurrenten gelten. Es vergleicht die in der Praxis eingesetzten unterschiedlichen Lösungen und bewertet diese anhand betrieblicher Ziele. Sie bilden die Basis für die Gestaltung und Verfahrensweisen, die am besten zur Zielerreichung führen.

„Die Bewertung als good practice setzt voraus, dass analysiert worden ist, worin sich die erfolgreichen von den weniger erfolgreichen Gestaltungen unterscheiden, und welche Ursache-Wirkungs-Beziehungen bestehen“ (zitiert nach http://www.olev.de/g/good_practice.htm).

Oftmals wird aber auf diesen Höchstleistungsansatz verzichtet. Vielmehr wird stattdessen ein pragmatisches Verfahren angewendet, das bewährte Lösungen prüft und untersucht, was diese zur Verbesserung eines Projektes oder Produktes beitragen können.

Das bedeutet, dass sich erfolgreiche und anerkannte Lösungen leichter finden lassen, als „best“. Der Grund dafür liegt darin, dass diese nicht die Präzisierung von Messkriterien und abgesicherten und damit aufwändigeren Verfahren erfordern. Die Lösungen als „good practice“ können verschieden sein, damit sind auch die Vergleichsmöglichkeiten von vornherein offener und breiter. Auch das kann den praktischen Nutzen vergrößern.

Zu beachten ist allerdings, dass nur solche Lösungen als „gute Praxis“ bezeichnet werden, die anerkannte Standards beachten oder übertreffen. Solche Standards können z.B. moderne Management-Konzepte mit nachweisbarem Erfolg einsetzen, in neuen Steuerungsmodellen in der öffentlichen Verwaltung eingebettet oder Qualitätsmanagement zu finden sein.

Das Vorgehen, das mit den unten angeführten Punkten kurz beschrieben wird, entspricht dem von best practice, allerdings vereinfacht dargestellt (nach <http://www.olev.de>)

- Vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Organisationen oder Anwender usw. werden systematisiert.
- Die unterschiedlichen Lösungen bzw. Verfahrensweisen werden verglichen und anhand betrieblicher Ziele bewertet.
- Auf dieser Grundlage wird festgelegt, welche Gestaltungen und Verfahrensweisen gut und praxisgerecht zur Zielerreichung beitragen.

Das Ergebnis davon sind meist mehrere Lösungen.

Best practice umfasst jene im Prozess ablaufenden Schritte, die von der Kriterienentwicklung über die Auswahl von Beispielen und den Transfer in andere Projekte und Handlungsfelder bis hin zur Qualitätsoptimierung von Angeboten reicht.

Unter best-practice-Kriterien werden jene Faktoren verstanden, die als vorbildlich und nachahmenswert gelten (<http://www.olev.de/>). Folgende Kriterien sollten eingehalten werden, wenn das beobachtete Beispiel (ein Produkt, eine Leistung, ein Programm, z.B. das Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung) auf andere Organisationen übertragen werden soll:

- Erfolgreiche Nachhaltigkeit über einen längeren Zeitraum soll gewährleistet sein.
- Es müssen messbare Ergebnisse vorliegen.
- Es soll innovativ sein.

- anerkannte positive Wirkungen im Sinne von Outcomes müssen sich einstellen.
- Es soll wiederholbar sein, ggf. mit geringen Änderungen.
- In einem ausreichend großen Einsatzbereich anwendbar sein und
- nicht durch regionale oder andere Besonderheiten bedingt werden.

Werden die Instrumente, die unter den gegebenen Bedingungen erfolgreich waren, nicht erkannt, beachtet oder berücksichtigt, so besteht wie bei allen neuen Werkzeugen die Gefahr von Anwendungsfehlern, die zu keinem Erfolg führen. Deshalb sind die genannten Kriterien bedeutsam, um vorschnelle Schlüsse aus Vergleichen zu vermeiden.

6.6.1 Kriterien des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung

Die Kriterien des ENBGF für Klein- und Mittelunternehmen wurden laut BKK (2001b) mit Hilfe von Informationsquellen, wie einer vergleichbaren Auswertung vorhandener Projektberichte zur BGF in KMU und der Auswertung gesundheits-, arbeits- und organisationswissenschaftlichen Literatur, entwickelt.

Das ENBGF hat sich, wie schon erwähnt wurde, in einem zweijährigen Prozess gemeinsam mit 21 Ländern mit der besonderen Situation der BGF in KMU auseinandergesetzt. Unter anderem wurde der Frage nachgegangen, welche Kriterien für eine gute Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU als Vorbildfunktionen dienen können.

In einem Erfahrungsaustausch von Fachleuten aus Österreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Schweden und der Schweiz wurden Leitfäden und Kriterien für die Praxis entwickelt. Durch die vorgestellte Dokumentation dieser Praxisbeispiele konnten Anschauungsmaterialien und Argumentationshilfen für die Realisierbarkeit bei beispielhaften Aktivitäten in der BGF gewonnen werden. Diese Ergebnisse des intensiven Diskussionsprozesses wurden für die Weiterentwicklung der „Kriterien guter Praxis“ genutzt.

Der dem gesamten Projektvorhaben des ENBGF zugrunde liegenden Ansatz der Qualitätssicherung stellt den Begriff der „guten Praxis“ in den Mittelpunkt. Die Kriterien wurden für nationale Berichtersteller entwickelt, um ihnen ein einheitliches und konsistentes Orientierungsraster zur Verfügung zu stellen. Wegen der Unterschiede zwischen den europäischen Ländern und der verschiedenen Schwerpunkte im jeweiligen Verständnis guter Praxis, schließen die vorgestellten Kriterien den Anspruch einer Sammlung von nachweisbar (messbar) vorbildhaften Praxisbeispielen aus. Sie sollen

jedoch wertvolle Informationen aus der Praxis liefern. Akteuer/innen und Praktiker/innen sollen zur Nachahmung angeregt werden. Zusätzlich dient der Katalog der Verbesserung bereits bestehender Aktivitäten und zeigt die Machbarkeit für betriebliche Gesundheitsförderung. Somit ist er eine gute Argumentationshilfe auf betrieblicher oder politisch-strategischer Ebene. Weiters betont das BKK (2001b) in der Broschüre „Kriterien und Beispiele guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen“, dass die Kriterien guter Praxis als ein Zwischenergebnis zu sehen sind, das in einem kontinuierlichen gemeinsamen Lernprozess weiterentwickelt wird. Selbstverständlich sind die Besonderheiten der BGF in Klein- und Mittelunternehmen, wie oben beschrieben, bei den Kriterien zu berücksichtigen.

Wichtig bei der Kriterienunterscheidung ist dabei die Trennung von der „einzelbetrieblichen“ zur „überbetrieblichen“ Ebene. Dies bedeutet, dass Projekte auf einzelbetrieblicher Stufe vom Unternehmen selbständig oder mit Hilfe von externen Dienstleistungsanbietern durchgeführt wurde. Für Projekte auf überbetrieblicher Ebene ist die Entwicklung einer zeitlich befristeten oder dauerhaften Infrastruktur zur Unterstützung von größeren KMU-Bereichen verbunden. Dies kann regional- oder branchenorientiert sein. Als Träger solcher Projekte fungieren überbetriebliche Organisationen, wie z. B. Handelskammer, Innungen, Unfall- oder Krankenversicherungen. Diese nehmen bereits andere wichtige Funktionen für Klein- und Mittelunternehmen wahr.

Das BKK (2001b) unterscheidet bei dem Begriff „überbetriebliche Ebene“ drei unterschiedliche Kategorie von Unterstützungsstrukturen bzw. Netzwerken:

1. zeitlich befristete Projekte, die durch einen überbetrieblichen Träger für eine Gruppe von KMU durchgeführt werden,
2. zeitlich befristete Projekte, die von mehreren überbetrieblichen Trägern, d.h. Netzwerke, durchgeführt werden
3. dauerhafte Infrastrukturen, die von Trägern entweder selbständig oder in Zusammenarbeit mit anderen Trägern oder Netzwerken aufgebaut wurden.

In der Praxis findet man für jede dieser drei Kategorien konkrete Beispiele. Besondere Bedeutung gewinnt letztere, da sie unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und Versorgungseffizienz erfolgt.

6.6.1.1 Kriterien einzelbetrieblicher Ebene

Die Kriterien dieser Ebene unterteilen sich wie beim Selbstbewertungsmodell in Kapitel 4.5.1 in drei Bereiche. Die Integration von Gesundheitsfragen in die alltägliche Führungspraxis sowie in die Geschäftsprozesse zählen ebenso zu den Voraussetzungen für gesundheitsfördernde KMU, wie die folgenden Ergebnisse. Für diese wurden ebenfalls Kriterien formuliert.

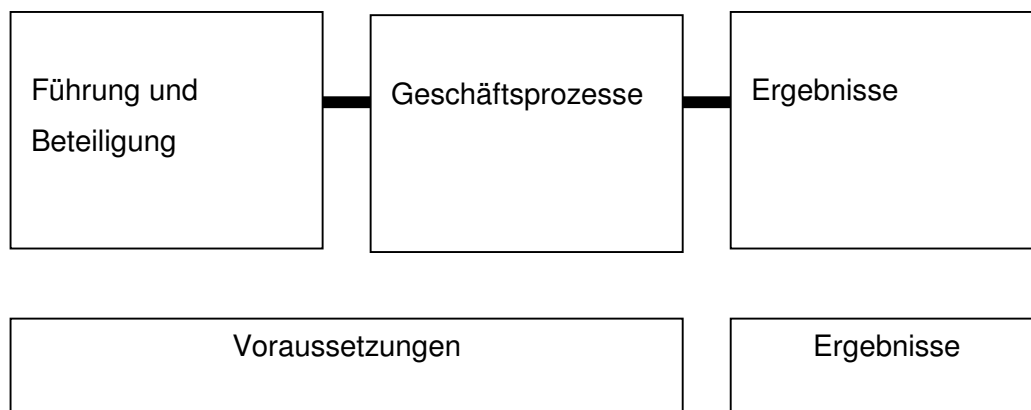


Abbildung 9: Kriterien guter Praxis für BGF in KMU (BKK, 2001b).

1. Führung und Beteiligung:

Damit betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen auch wirklich von Erfolg gekrönt ist, müssen die Betriebseigentümer/innen bzw. die ihm direkt unterstellten oberen Führungskräfte gesundheitliche Belange in ihrer Führungspraxis berücksichtigen. Dabei ist darauf zu achten, dass

- alle Mitarbeiter/innen weitgehend an den betrieblichen Planungen und Entscheidungen beteiligt werden. Vor allem sollen dabei die Fragen nach der Aufgabengestaltung, Arbeitszeitregelung, Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufen berücksichtigt werden.
- ein vorbildliches Führungsverhalten vorgelebt wird. Beispielsweise sollen gute Leistungen und Bereitschaft anerkannt werden und Kritik von Mitarbeiter/innen entgegengenommen werden und bei Konflikten sich angemessen verhalten. Diese Faktoren sorgen für ein gutes Arbeitsklima.
- bei Verbesserungspotenzialen Verbesserungsmaßnahmen initiiert werden und deren Umsetzung kontrolliert wird.

2. Geschäftsprozesse:

Drei Elemente bilden die Basis für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Geschäftsprozesse:

- Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen an den Arbeits-, Umwelt- und Gesundheitsschutz
- Wenn nötig werden zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen Interventionen der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung sowie Maßnahmen der betrieblichen Verhaltensprävention durchgeführt.
- Im Vordergrund steht die soziale Verantwortung, unter dieser das Unternehmen sowohl gegenüber dem eigenen Personal als auch gegenüber der Region auftritt

3. Ergebnisse:

Orientiert sich die Unternehmensführung an den beschriebenen Kriterien und stellt sie die entsprechend gestalteten Geschäftsprozesse sicher, so trägt sie zu folgenden Ergebnissen bei:

- Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen mit den Arbeitsbedingungen und –abläufen
- Positive Entwicklung der Kundenzufriedenheit
- Positive Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschäftigten
- Positive Entwicklung des betriebswirtschaftlichen Ergebnisses

6.6.1.2 Kriterien überbetrieblicher Ebene

„Projekte auf überbetrieblicher Ebene verfügen über Unterstützungsstrukturen, z.B. in Form lokaler oder regionaler Netzwerke oder sie sind Kooperationsprojekte unter Beteiligung KMU-relevanter Selbstverwaltungs- und Dienstleistungsorganisationen“ (zitiert nach BKK, 2001b).

Im Gegensatz zu den Kriterien auf einzelbetrieblicher Ebene sind die Kriterien für die überbetriebliche Ebene in vier Bereiche gegliedert. Drei von ihnen sind Voraussetzung für eine gesundheitsfördernde überbetriebliche Unterstützungsstruktur. Der vierte Bereich stützt sich auf die Projektergebnisse.

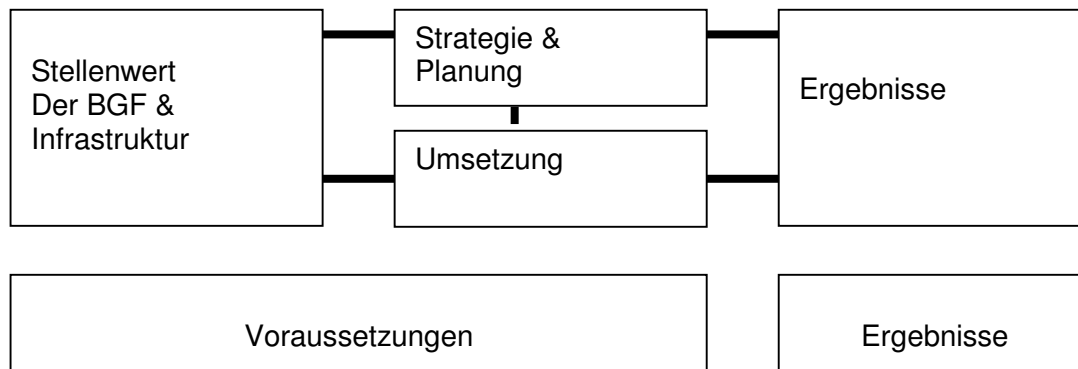


Abbildung 10: Kriterien guter Praxis für die überbetriebliche Ebene (BKK, 2001b)

1. Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung in Politik und Handeln der Trägerorganisationen von Unterstützungsstrukturen
 - Die Unterstützung bei der Etablierung betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU wird von den Trägerorganisationen getragen. Sie verpflichten sich auf ein gemeinsames Leitbild, das die BGF in KMU unterstützt. Zusätzlich sorgen sie für dessen Verbreitung gegenüber KMU und allen betroffenen regionalen und lokalen Selbstverwaltungs- und Selbsthilfeeinrichtungen sowie Institutionen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes:
 - § BGF ist in allen strategischen Dokumenten, wie z.B. im Organisationsleitbild, in der Selbstdarstellung oder in Geschäftsberichten, der beteiligten Trägerorganisationen fest verankert.
 - § Das Engagement der Trägerorganisationen im Bereich der BGF in KMU ist besonders hoch. Sie stellen etwa Personal oder Sachmittel für die Projektvorhaben zur Verfügung.
 - Es werden die bestehenden institutionellen Beziehungen zwischen KMU und lokalen bzw. regionalen Selbstverwaltungs- und Selbsthilfeeinrichtungen, sowie Institutionen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes berücksichtigt. So werden die Institutionen in beratender Form eingebunden, ebenso im Rahmen der Maßnahmenumsetzung.
 - Es wird eine dauerhafte Infrastruktur für die bedarfsgerechte Versorgung von unterstützenden Dienstleistungen zur BGF in KMU entwickelt.

2. Strategie und Planung:

- Um die Maßnahmen zur BGF in KMU umsetzen zu können, bedarf es einer sorgfältigen Bedarfsanalyse. Dabei werden das Interesse und der Bedarf der Unternehmen, der Trägerorganisationen, die Gesundheitssituation und Arbeitsbelastungen, sowie die wirtschaftliche Situation der Unternehmen berücksichtigt.
- Wichtig für dieses Kriterium ist die Einführung einer Steuerungsgruppe, die den Aufbau von geeigneten Kooperations- und Kommunikationsstrukturen, in die alle Beteiligten einbezogen werden, unterstützt. Dabei werden zusammen Problemdefinitionen und Maßnahmen vereinbart. Wichtig für den Projektablauf sind regelmäßige Sitzungen von Projektsteuerung und Trägern unter Beteiligung der Unternehmen.
- Konkrete und kontrollierbare Ziele bilden die Basis für alle Maßnahmen.

3. Umsetzung:

- die Verbesserung der betrieblichen Gesundheit in allen drei Handlungsfeldern wird durch die Maßnahmen unterstützt.
- Diese Maßnahmen werden systematisch ausgewertet und kontinuierlich verbessert.

4. Ergebnisse:

- Die Ergebnisse werden von den Trägerorganisationen positiv bewertet. Durch die positiven Erfolge steigt das Engagement für BGF.
- Sind die Unternehmen mit den Ergebnissen zufrieden, so steigt auch die Bereitschaft zu Investition in die Gesundheit der Mitarbeiter/innen. Dadurch verzeichnen die Träger eine steigende Nachfrage nach Dienstleistungen zur BGF.
- Die Ergebnisse zeigen die Verbesserung von gesundheitlichen Indikatoren.
- Außerdem bestätigen sie den Zusammenhang der Verbesserung der betrieblichen Gesundheit mit der wirtschaftlichen Situation der Unternehmen.
- Die beteiligten Trägerorganisationen schaffen dauerhafte Strukturen, um die KMU zu unterstützen. Zusätzlich stellen sie entsprechende Ressourcen bereit.

6.6.2 Erfolgreiche Strategien für eine Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein und Mittelunternehmen

Am Ende des europäischen Gemeinschaftsprojektes zur BGF in KMU ist neben dem europäischen Lagebericht zum betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und zur Gesundheitsförderung in KMU (siehe BKK 2001a) und der Dokumentation vorbildhafter Praxis, wie oben beschrieben (siehe BKK 2001b), auch eine Publikation entstanden, die Empfehlungen für künftige Strategien zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU (siehe BKK 2001c) aufzeigt. All diese Ergebnisse wurden im Juni 2001 in Lissabon auf der zweiten Europäischen Konferenz des ENBGF vorgestellt.

Die Empfehlungen, die eine bessere Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU unterstützen sollen, richten sich an die europäische und nationale Ebene sowie an die für KMU relevante unterstützende Infrastruktur und unterscheiden drei unterschiedliche Schwerpunkte (Breucker & Sochert, 2001, S. 220):

1. Marketing und Kommunikation: Um das Bewusstsein und den Stellenwert für eine gesundheitsgerechte Arbeitsweltgestaltung in KMU zu fördern, sind die zuständigen Institutionen auf europäischer und nationaler Ebene gefragt, wirksame Kampagnen durchzuführen und zu unterstützen. Orientierungspunkte sind dabei
 - die Einbindung von relevanten Institutionen, die eine Rolle innerhalb der Infrastruktur von KMU haben,
 - das Sicherstellen der Anschlussfähigkeit an tatsächliche Bedürfnisse und Problemlagen von KMU,
 - das Nutzen von Netzwerken auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene, sowie
 - das Nutzen neuer Kommunikationstechnologien.
2. Förderung einer unterstützenden Infrastruktur für die Gesundheit in KMU: Die nationalen als auch internationalen Akteur/innen sind gefordert, mit entsprechenden Politiken und Strategien den Stellenwert von Gesundheit am Arbeitsplatz in KMU zu stärken und aufzuzeigen. Anreize, z.B. Steuernachlässe oder reduzierte Beitragszahlungen, unterstützen solche Ansätze und könnten ebenfalls politisch organisiert werden.
3. Organisation von Dienstleistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung: Dabei sind die vom ENBGF entwickelten Kriterien guter Praxis für die Dienstleistungen zur BGF in KMU besonders entscheidend. Die Unternehmen sollen ermutigt werden, diese zur „Grundlage von Förderungsstrategien zu machen“ (zitiert nach Breucker &

Sochert, 2001, S. 221). Dienstleistungen zur BGF für KMU unterstützen den flexiblen Zugriff zu unterschiedlichem Expertenwissen je nach Problemlage.

6.7 Projektschritte der betrieblichen Gesundheitsförderung

Dieser Abschnitt beschreibt die wichtigsten Schritte, die bei der Einführung eines BGF-Projekts zu berücksichtigen sind. Im Laufe der Arbeit stößt man auch auf die einzelnen Punkte, die hier jedoch zusammengefasst dargestellt sind.

Wie bei jeder Projekteinführung folgt auch der BGF-Prozess den einzelnen Phasen des Projektmanagements.

BGF, als ein längerfristiger initiiertes Prozess, erhebt systematisch die gesundheitliche Situation der Beschäftigten und darauf folgend werden Maßnahmen geplant, umgesetzt und bewertet. Aufbauend auf die in den letzten Jahren durchgeführten Projekte sind Ergebnisse entstanden, aus denen sich eine Systematik bezüglich eines grundsätzlichen Ablaufs von BGF herausgebildet und bewährt hat.

Handelt es sich um ein ganzheitliches, den Qualitätskriterien entsprechendes BGF-Projekt, so werden die vier Kernprozesse Ist-Analyse, Planung von Maßnahmen, Intervention und Umsetzung Maßnahmen sowie die Evaluation befolgt:

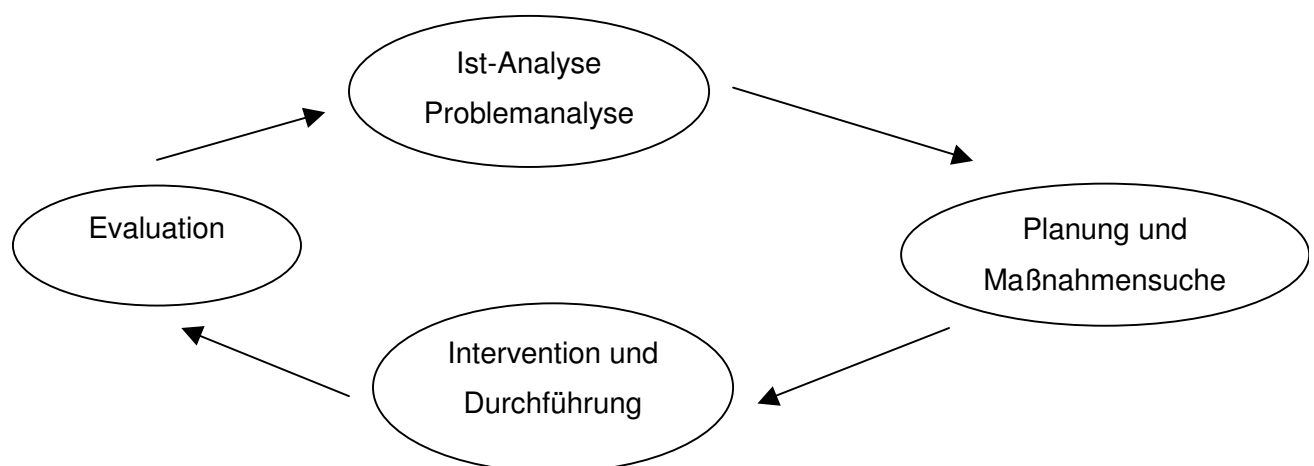


Abbildung 11: Kernprozesse (abgewandelt, nach Spicker & Schopf, 2007, S. 37)

Ducki (1998) rät für den praktischen Ablauf des Gesamtprozesses folgende Grundsätze verbindlich zu vereinbaren:

- Aufbau eines betrieblichen Interventionsteams, das die Planung und Steuerung des Gesamtprozesses übernimmt
- Frühzeitige Partizipation der betroffenen betrieblichen Gruppen
- Konsensuale Zielfindung
- Transparenz durch frühzeitige Prozessinformationen und Kommunikation
- Wahrung des Datenschutzes
- Entwicklung betriebspassender Interventionen auf der Basis genauer Analysen
- Evaluation erfolgter Intervention

Ein strukturierter BGF-Prozess erlaubt ein schrittweises Vorgehen und gibt Sicherheit in der Durchführung. BGF-Projekte, wie sie im Kapitel models of good practice zu finden sind, können durchaus breit angelegt sein. BGF kann vorerst nur in einem Bereich oder in einer Abteilung einer Organisation eingeführt werden. Wichtig ist aber auch bei kleineren Projekten, dass die Kernprozesse durchlaufen und alle Beteiligten miteinbezogen werden. Die in Kapitel 3.3.3 beschriebenen Leitlinien für BGF sind selbstverständlich zu berücksichtigen.

Die im September 2004 von der Wirtschaftskammer in Auftrag gegebene und vom Fonds Gesundes Österreich geförderte Studie (erstellt von diepartner.at) hat gezeigt, dass in großen Unternehmen die einzelnen Projektphasen zumeist zeitlich und inhaltlich sehr umfangreich gestaltet werden. Mit abnehmender Betriebsgröße kommen hingegen kompaktere Varianten zur Anwendung.

Die grafische Darstellung zeigt die Interventionsumsetzungsstrategie aus einem zusammen-hängendem Blickwinkel (abgewandelt aus www.fgoe.org, www.kmu-vital.ch)

Einstieg	<p>Vorgespräch <i>Einstiegsworkshop</i></p> <p>Planungsgespräch <i>Programmleitfaden</i></p> <p>↓</p>
Analyse	<p><i>Management-Befragung</i> <i>MitarbeiterInnen-Befragung</i> <i>Gesundheitszirkel</i></p> <p>↓</p>
Strategieentwicklung	<p>Massnahmeplanung Ressourcenermittlung</p> <p>↓</p>
Maßnahmen	<p>Umsetzungsmodule</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsentwicklung – Arbeitsgestaltung, Aspekte der Ergonomie • Personalentwicklung – Zusammenarbeit im Team, BGF als Führungsaufgabe • Gesundheitsverhalten – Wellness, Stressmanagement <p>↓</p>
Evaluation und Integration	<p>Evaluation Ausblicksgespräch</p> <p>↓</p> <p>Weitere Aktionen Integration in Strukturen&Prozesse</p>

Abbildung 12: Interventionsumsetzungsstrategie (www.kmu-vital.ch).

6.7.1 Idealtypischer Ablauf von Evaluation und Qualitätssicherung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Nach ausgiebiger Forschung können Gemeinsamkeiten in den einzelnen Modellen und beschriebenen Projekten der BGF, was die Reihenfolge für ein BGF-Projekt betrifft, festgestellt werden.

Ein typischer Ablauf für einen Betrieb sähe in diesem Zusammenhang folgendermaßen aus (abgewandelt nach Neudert et al., 2001, S. 234):

1. Erfassung des Ist-Zustandes im Unternehmen. Zuerst muss eine Bestandsaufnahme aus unterschiedlichen Informationsquellen vorgenommen werden, um Verbesserungserfordernisse und –potenziale zu ermitteln. Mitarbeiter/innen werden zu ihren subjektiven Belastungen befragt, Arbeitsplätze im Rahmen von Betriebsbegehungen werden besichtigt und Daten der Kranken- und Unfallversicherungsträger werden mit den Daten des Unternehmens in Bezug gesetzt.
2. Betrieblicher Gesundheitsbericht. Diese gesammelten subjektiven und objektiven Informationen werden in einem betrieblichen Gesundheitsbericht zusammengeführt und ausgewertet. Daraus kristallisieren sich gesundheitliche Problemlagen und Belastungsschwerpunkte im Unternehmen und die Zielgruppe für Gesundheitsförderungsmaßnahmen lässt sich definieren. Damit können auch Veränderungen festgehalten werden und mit Hilfe welcher Indikatoren eine Veränderung gemessen werden kann
3. Arbeitskreis Gesundheitsförderung: Die Einführung eines solchen Arbeitskreises bringt vor allem bei der Koordination von Datenerfassung und –auswertung, Konzeption, Durchführung und Evaluation der Programme Vorteile. Zum Beispiel kann er den Beschluss für die Einführung eines Gesundheitszirkels oder anderen Gesundheitsförderungsmaßnahmen fassen. Die Umsetzung der im Gesundheitszirkel getroffenen Vorschläge kann dem Arbeitskreis obliegen.
4. Evaluation: Abschließend hat der Arbeitskreis die Aufgabe die Evaluation der umgesetzten Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Er überprüft anhand vorher festgelegter Indikatoren, wie z.B. Arbeitszufriedenheit oder Krankenstand, ob die festgelegten Ziele erreicht wurden. Diese gewonnen Ergebnisse fließen wiederum in den Gesundheitsbericht des Unternehmens, der regelmäßig erstellt wird.

6.8 Projekte und Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen

Der folgende Abschnitt gibt einen kleinen Auszug über laufende bzw. bereits abgeschlossene Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen in Österreich, der Schweiz und Deutschland.

Um dem beschriebenen Mangel an Ressourcen und Strukturen für BGF in kleinen Unternehmen begegnen zu können, sind bereits Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten entstanden, um gegen diesen Mangel anzukämpfen und mehr kleine Unternehmen dazu anzustiften, in die BGF in ihrem Unternehmen zu investieren.

Es wurden themenrelevante Institutionen (Fonds Gesundes Österreich, Wirtschaftskammer Österreich,...) Netzwerke, Internetplattformen, sowie Broschüren, Berichte und Datenbanken rund um die betriebliche Gesundheitsförderung durchforstet. Dabei ist eine Bestandsaufnahme der vorgestellten Projekte und Modelle entstanden, die sich mit der Thematik präventiver Programme in Unternehmen, auseinandersetzen, entstanden (keine Garantie auf Vollständigkeit).

Die Wirtschaftskammer Österreich (www.wko.at) hat einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung „Arbeit und Gesundheit“ kostenlos für die Unternehmer/innen veröffentlicht. Er dient dazu, die Betriebe zu unterstützen, die Qualität ihres Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung einzuschätzen und zu entwickeln.

Außerdem wurde im April 2008 ein BGF-Preis der Wirtschaft an ein oberösterreichisches Kleinunternehmen (50 Mitarbeiter/innen) vergeben. Damit wollte man klar zeigen, dass man sich auch in Österreich verstärkt den KMU-Sektor widmen möchte. Dieses Unternehmen gilt als Vorzeigeobjekt, wie man trotz knapper finanzieller und persönlicher Ressourcen betriebliche Gesundheitsförderung im Betrieb umsetzen kann.

Österreichische Projekte in der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen bis 100 Mitarbeiter/innen:

WEG - Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit	
Projektziel und Tätigkeiten	In 12 Klein- und Mittelbetrieben bis max. 100 Mitarbeiter/innen in den Bereichen Bau- und Baunebengewerbe, Bergbau, sowie Tourismus, Hotellerie und Gastronomie werden umfassende betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte umgesetzt. Für die Modellbetriebe war die Projektteilnahme kostenlos.
Link	www.netzwerk-bgf.at
Land	Oberösterreich, Salzburg, Steiermark
Fördergeber und Organisation	Fonds Gesundes Österreich, OÖGKK
Laufzeit	2003 - 2006

Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen	
Projektziel und Tätigkeiten	Der Arbeitskreis „Gesunde Betriebe“, der sich aus Vertreter/innen der OÖGKK, des Landes Oberösterreich, der Wirtschaftskammer Oberösterreich, der Oberösterreichischen Ärztekammer, der Ordensspitäler, sowie des Instituts für Gesundheitsplanung zusammensetzt, verfolgt das Ziel, auf die besonderen Bedürfnisse der KMU zugeschnittene Angebote der BGF zu entwickeln. Dafür bedarf es zunächst einer umfassenden Informationsgrundlage, um die Möglichkeiten und Bedürfnisse dieser Betriebsgröße zu erfahren. Die Ergebnisse dieser Bedarfsanalyse werden vorgestellt.
Link	http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/123879.PDF
Land	Oberösterreich
Fördergeber und Organisation	OÖGKK und Institut für Gesundheitsplanung in Linz
Laufzeit	Frühjahr 2004

Gesund durchs Arbeitsleben – Empfehlungen für eine zukunfts- und altersorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen	
Projektziel und Tätigkeiten	Die Entwicklung konkreter Ansätze und Modelle für BGF und Altersmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen, die Darstellung der Argumente für die Verbreitung solcher Ansätze sowie Empfehlungen für Handlungsschritte auf interessenspolitischer Ebene zu geben, sind als die Ziele der Studie zu nennen. Gegenstand der Studie: Projekte und Initiativen der BGF in KMU, im Besonderen solche mit dem Fokus „Altern“.
Link	www.wko.at/sp/bgf/BGFStudie.pdf
Land	Österreich
Fördergeber und Organisation	Im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich mit Unterstützung von Pfizer Corporation Austria, gefördert vom FGOE und erstellt von diepartner.at
Laufzeit	Februar bis September 2004

well@work - BGF in KMU	
Projektziel und Tätigkeiten	Es wurden der Frage nach den möglichen Gründen und Hindernissen für die Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen in kleinen Unternehmen nachgegangen, sowie der möglichen Überwindung dieser. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse wurden in 2 Modellbetrieben das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung implementiert. Dabei hat sich gezeigt, dass Projekte der BGF auch in kleinen Unternehmen einen wesentlichen Beitrag zur Krankheits- und Belastungsreduzierung leisten können. Beide Projekte wurden im Rahmen des BGF-Oskars 2002 für KMU prämiert.
Link	http://wko.at/sp/bgf/endbericht.pdf
Land	Wien
Fördergeber und Organisation	Fonds Gesundes Österreich und der Wirtschaftskammer Österreich, durchgeführt von diepartner.at
Laufzeit	Oktober 2001 – Oktober 2002

G'sundheit in unseren Betrieben	
Projektziel und Tätigkeiten	<p>Auf Basis des Projekts „Gesund durchs Arbeitsleben“, in dem die Situation der KMU beleuchtet wurde, initiiert das Land Tirol Strukturen und eine Vernetzung im Bereich der BGF für KMU. Ziel ist die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins und damit einen Beitrag zum allgemeinen Wohlbefinden zu leisten. Mit Informationsveranstaltungen und Sensibilisierungskampagnen wird BGF den KMU zugänglich gemacht.</p> <p>Zielgruppe: Einzelunternehmer/innen, 100 Unternehmer/innen (50% Frauenanteil), 8 Betriebe (Gewerbe, Handel, Verkehr, Industrie, Tourismus, Information und Consulting) mit bis zu 50 Mitarbeiter/innen</p> <p>Evaluierung und Qualitätskontrolle: Die Universität Zürich und das Institut für Sozial- und Präventivmedizin hat das Projekt evaluiert.</p>
Link	www.giub.at
Land	Tirol
Fördergeber und Organisation	Wirtschaftskammer Tirol, Uniqua, Land Tirol, mit den Kooperationspartnern FGOE, AUVA und das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, Projektdurchführung: IGM
Laufzeit	2004 - 2006

switch2006.at	
Projektziel und Tätigkeiten	Das Modellprojekt zielt zusammen mit 13 Projektbetrieben bis 100 Mitarbeiter/innen aus dem Sektor der Informations- und Kommunikationstechnologie auf die Gesundheitsförderung von Erwerbstätigen ab. Evaluiert wurde das Projekt von WKW – Institut für interdisziplinäre Forschung und Beratung
Link	www.ppm.at/switch
Land	Österreich
Fördergeber und Organisation	Vom Fonds Gesundes Österreich aufgetragen, durchgeführt von ppm Forschung und Beratung
Laufzeit	Herbst 2002 – Sommer 2006

Gesund Führen in Kleinbetrieben	
Projektziel und Tätigkeiten	Das Projekt richtet sich insbesondere an Betriebsinhaber/innen und Führungskräfte. Es verfolgt das Ziel, das Gesundheitsbewusstsein (Gesundheitscheck) der Verantwortlichen zu fördern und sie so zur Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für ihre Mitarbeiter/innen zu motivieren, damit sie selbst davon profitieren
Link	http://www.avos.at/amd/kleinbetriebe.htm
Land	Salzburg
Fördergeber und Organisation	Durchführung: Arbeitsmedizinischer Dienst Salzburg, Fördergeber: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Wirtschafts- und Arbeiterkammer Salzburg
Laufzeit	September 2003 - September 2004

Betriebliche Gesundheitsförderung als Personal- und Organisationsentwicklung in Klein- und Mittelunternehmen aus der Sicht von Führungspersonen	
Projektziel und Tätigkeiten	Mit der Studie, vor allem mit den daraus ableitbaren praxisorientierten Maßnahmen, will man einen Beitrag zur Rehumanisierung der Arbeitswelt leisten. Mittels Fragebögen wurden 2002 Führungspersonen im Raum Kärnten zum Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung befragt.
Link	www.logoconsult.at
Land	Kärnten
Fördergeber und Organisation	Fördergeber und Unterstützung: FGOE, Wirtschaftskammer Kärnten, BACA Kärnten/Osttirol, Kärntner Landesverband für Psychotherapie. Durchführung: logoconsult
Laufzeit	2002 bis 2003

Projekte in der Schweiz

KMU-vital – Gemeinsam Chancen schaffen für gesunde Betriebe	
Projektziel und Tätigkeiten	Das Programm wurde von einem erfahrenen Spezialisten der BGF entwickelt und in 10 Pilot-Betrieben praktisch angewendet und getestet. Das Programm wird wissenschaftlich evaluiert, ständig verbessert und ist jetzt eine Anleitung für Betriebe, die gesundheitsfördernd gestaltet werden möchten. Die Arbeitswerkzeuge stehen ihnen kostenlos zur Verfügung. Die verschiedenen Module wie z.B. Stressbewältigung und Mitarbeiter/innenbefragungen, sowie die Ergebnisse dieser Studie sind auf der Homepage für alle zugänglich. Sie beinhalten Informationen und Handlungsanleitungen zur Selbst- oder Fremdanleitung..
Link	www.kmu-vital.ch
Land	Deutsch- & Westschweiz
Fördergeber und Organisation	Gesundheitsförderung Schweiz
Laufzeit	2001 – 2004

Projekte in Deutschland

Das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (www.dnbgf.de) hat eine Vielzahl von Vorzeigemodellen in der Kategorie der Klein- und Mittelbetriebe veröffentlicht. Es wird darauf verzichtet, diese hier alle aufzulisten. Es werden zwei Projekte vorgestellt:

Mit älter werdenden Beschäftigten wachsen – ein NRW Modellprojekt AGE Management in KMU (Arbeitsfähigkeits-Gesundheits-Erhaltung)	
Projektziel und Tätigkeiten	Unternehmen und Verwaltungen unterschiedlicher Größe und Branchen erarbeiten praxisnahe Lösungen zur Gestaltung des demographischen Wandels. Die Ziele verfolgen die Anpassung vorhandener Instrumente und Methoden für betriebliches AGE-Management speziell für die KMU-Bedürfnisse, die Entwicklung und Demonstration von Beispielen Guter Praxis für konkrete betriebliche Anwendungen, sowie die Entwicklung von Unterstützungsinstrumenten (z.B. in Form von Checklisten)
Link	www.age-management.net
Land	Nordrhein-Westfalen
Fördergeber und Organisation	Projektverantwortlich ist die ARÖW (Gesellschaft für Arbeits-, Reorganisation und ökologische Wirtschaftsberatung mbH in Duisburg)
Laufzeit	seit 2006

PRÄ TRANS – Gesundheit Unternehmen	
Projektziel und Tätigkeiten	<p>Die Abkürzung steht für „Transferpotenziale der Kammern und Verbände für gesundheitliche Prävention in Klein- und Ein-Personen-Unternehmen“. Es wird der Frage „Wie können Kammern und Verbände das betriebliche und persönliche Gesundheitsmanagement in Kleinunternehmen fördern“ nachgegangen.</p> <p>Projektziel: Transferpotentiale der Verbände und Kammern ausloten und praktisch nutzen. Entwicklung ihrer Kundenkommunikation, Kompetenz und Serviceprofile für das strategisch wichtige Thema – BGF ihrer Mitglieder</p>
Link	www.gesundheit-unternehmen.de
Land	Deutschland
Fördergeber und Organisation	<p>Fördergeber: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Projektträger im Deutschen Zentrum für Raum- und Luftfahrt, Förderschwerpunkt Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz</p> <p>Durchführung: Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs) und das RKW Kompetenzzentrum</p>
Laufzeit	September 2006 - März 2010

Die Broschüre unter <http://www.bgf-institut.de/material/Broschueren/Broschuere%20Best%20Practice.pdf> ist eine Sammlung von best practice Modellen im Rheinland.

6.8.1 Fazit

Die Beispiele machen deutlich, dass auch bei Klein- und Mittelbetrieben die Sensibilisierung für das Thema Gesundheit als auch für das systematische Handeln möglich ist. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass die teilnehmenden Klein- und Mittelbetriebe durchaus in der Lage sind, die Ansätze einer integrativen betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgreich umzusetzen. Zusätzlich kann festgestellt werden, dass die Qualitätssicherung, vor allem aber die Evaluation als Instrument dieser für diese Unternehmensgröße ein sinnvolles Instrument darstellt, um Verbesserungspotenziale zu identifizieren und kontinuierliche Änderungen und Maßnahmen zur Verbesserung zu

ermöglichen. „Einige Betriebe unternehmen bereits den Versuch, über das Thema Gesundheit in das Feld des Qualitätsmanagements einzusteigen“ (zitiert nach Thul, Zink & Mosthaf, 2001, S. 211). Doch zum Teil sind die Klein- und Mittelunternehmen auf umfangreiche Unterstützung von Berater/innen oder Fachexpert/innen angewiesen.

6.9 Welche Akteur/innen haben die Qualität der Gesundheitsförderung auf ihre Agenda gesetzt?

Auf internationaler Ebene haben verschiedene wichtige Institutionen Qualität von Gesundheitsförderungsinterventionen und –projekte auf ihre Tagesordnung gesetzt und sehen die Wichtigkeit von Qualitätssicherung und Evaluation. So hat beispielsweise das WHO-Regionalbüro für Europa Initiativen und Projekte der Gesundheitsförderung in verschiedenen Bereichen gestartet. Dabei wurde für die Evaluation eine Arbeitsgruppe eingerichtet, sowie ein Working Paper herausgegeben, das Methoden der Evaluation vorstellt und analysiert. Schwerpunkt sind die Fragen der Kosten-Nutzen-Analyse und die Gesundheitsökonomie.

Auch die Europäische Kommission hat sich die im Maastrichtvertrag formulierten Aufgaben im Bereich der Public Health zur Bestimmung gemacht, deren Hauptaugenmerk in der Entwicklung von Strategien und Strukturen für Gesundheitsförderung, in der Ausarbeitung spezifischer Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, in der Gesundheitsinformation, in der Gesundheitserziehung und in der Ausbildung und im Training im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung liegt.

Im Zusammenhang mit Qualitätssicherung und Gesundheitsförderung verfolgen auch der Fonds Gesundes Österreich und auch das Österreichische Netzwerk zur Gesundheitsförderung das Ziel, die Wichtigkeit und Effektivität dieses Themas in den einzelnen Projekten zu beachten (Dür & Pelikan, 1998, S. 13).

6.10 Zusammenfassung

Abschließend kann festgehalten werden, dass Qualitätssicherung und Evaluation für die Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung immer mehr an Wichtigkeit gewinnen. Dabei sind beim Projektablauf wegen den unterschiedlichen Organisationsstrukturen der beiden Bereiche einige Dinge zu beachten, die bereits beschrieben wurden.

Doch unabhängig, ob Großkonzern oder „Familienbetrieb“, so haben beide doch gemeinsam, dass deren Wettbewerbsfähigkeit zunehmend durch ihre Wissensbasis und Innovationsleistung bestimmt wird. Aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung und lebenswichtig, qualifizierte und kompetente Mitarbeiter/innen zu finden und auch langfristig an das Unternehmen zu binden. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass einige Betriebe das Konzept der BGF nach außen bereits als Qualitätsmerkmal einsetzen. Somit heben sie sich als sozial engagierter Arbeitgeber/in von anderen Mitstreiter/innen ab. Auf der anderen Seite kann die BGF nach innen auch gezielt für die Teambildung und Firmenbindung der Arbeitnehmer/innen eingesetzt werden. Die Mitarbeiter/innen erhoffen sich dadurch in der Regel mehr Lebensqualität durch eine höhere Arbeitszufriedenheit, den Abbau von Stress, eine Verbesserung des Betriebsklimas und geringere gesundheitliche Beanspruchung. Unabhängig von der Anzahl des Personals ist es für das Gelingen der BGF ausschlaggebend, dass sich alle an der Planung und an den notwendigen Entscheidungen beteiligen. Das Management oder der/die Betriebsinhaber/in ist bei einer gesundheitsgerechten Personalführung und Arbeitsorganisation gefordert, indem er/sie die Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeiter/innen bei der Arbeitsgestaltung berücksichtigt. Die BGF hat nur dann eine reelle Chance als fester Bestandteil in die Unternehmenspolitik aufgenommen zu werden, wenn die daraus entstandenen positiven Veränderungen und der Gewinn von der Geschäftsleitung wie auch der Belegschaft eines Betriebes gleichermaßen anerkannt werden.

Die Diskussion der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen ist so stark angeheizt worden, dass bereits zahlreiche Beispiele Guter Praxis entstanden sind. Sie verdeutlichen, dass auch Betriebe dieser Größe durchaus in der Lage sind, Präventivmaßnahmen zu setzen. Dabei sind aber die geforderten Qualitätskriterien und Evaluationsmethoden ständig zu beachten, um auch die Erfolge und Effekte der betrieblichen Gesundheitsförderung zu garantieren und die Auswirkungen messbar machen zu können. Aufgrund der zahlreichen Netzwerke und Institutionen, die sich für das Thema engagieren, wird in nächster Zeit der Stein noch mehr ins Rollen kommen.

7 Sportwissenschaftler/innen in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Wie bereits in dieser Arbeit an mehrer Stellen nachzulesen war, nimmt die Gesundheitsförderung zunehmend einen bedeutenden Stellenwert in vielen Bereichen unseres Lebens ein. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass Gesundheitsförderung ein wichtiger Bestandteil der Arbeit einer von vielen Menschen ist, die im Bereich der Gesundheit, Bewegung und sozialen Sicherung tätig sind. Gesundheitsförderung ist ein neu entstehender Praxis- und Forschungsbereich, der noch dabei ist, seine Aufgaben und Grenzen abzustecken.

Vor allem der Faktor der betrieblichen Gesundheitsförderung, der, wie wir bereits erfahren haben, immer mehr an Wichtigkeit gewinnt, entwickelt sich für Sportwissenschaftler/innen zu einem wichtigen Arbeitsfeld. Dikertmüller (2007, S. 73) bestätigt dies in ihrem Bericht. Sie ist der Meinung, dass sich Sportwissenschaftler/innen mit in ihrem Studium erworbenen Kompetenzen und Fähigkeiten in der Konzeption und Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung erfolgreich und effektiv einbringen können. Ebenso ist ihr Fachwissen in der Evaluation und Bewertung mit Blickrichtung der Zielerreichung und Ressourcenüberprüfung bzw. im Sinne einer begleitenden Prozess- und Ergebnis-evaluierung gefragt.

In der Qualitätssicherung und Evaluation handelt es sich um wissenschaftliche Überprüfungen, mit denen sich Sportwissenschaftler/innen bereits während ihrer Ausbildungszeit genügend beschäftigt haben. Sie erlangten Wissen und Erfahrungen im wissenschaftlichen Arbeiten genauso wie in der empirischen und sozialen Forschung.

Neben diesen theoretischen Kompetenzen besitzt diese Berufsgruppe ein enormes Fach- und Praxiswissen im Bereich des Bewegungsangebotes und des Coachings, als Teil der Sportpsychologie. Hier sind die Sportwissenschaftler/innen aufgrund ihrer Erfahrungen gefordert, Interventionen im Bereich der Verhaltenstherapie, wie z.B. Rückenschule, Anti-Stress-Programme, Lauftrainings, Büroübungen etc. zu entwickeln. Nicht nur in der Ausarbeitung solcher Programme können sie sich einbringen, auch in der Durchführung und Anleitung sind sie Expert/innen.

Sportwissenschaftler/innen können als externe Beauftragte für Fragen zu Gesundheit, Bewegung und der Leistungssteigerung herangezogen werden ebenso können sie Hilfestellungen im Projektmanagement, also in der Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung, der Organisationsentwicklung und des Qualitätsmanagements geben. Als interne Person eines Unternehmens sind sie direkt am BGF-Prozess beteiligt und können aktiv mitwirken.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen haben enorm für den Fortschritt der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beigetragen. In den Ministerien ist die Nachfrage nach Fachleuten und Expert/innen in diesem Bereich sehr groß. Diese Gesundheitsreferent/innen und Projektleiter/innen sind unter anderem Zukunftsbilder von ausgebildeten Sportwissenschaftler/innen. Dr. Andrea Kdolsky meint: „Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein partizipativer Prozess, in dem Arbeitgeber/innen und -nehmer/innen daran arbeiten, ihren Betrieb gesünder zu gestalten. Weil das neben dem Lösen von konkreten Problemen auch immer Organisationsentwicklung bedeutet, sind BGF-Projekte sehr umfangreich und anspruchsvoll“. Deshalb startet der Fonds Gesundes Österreich im Oktober 2008 ein einjähriges Ausbildungsprogramm für BGF-Projektleiter/innen, Gesundheitszirkelmoderator/innen und Personen für Gesundes Führen. Das Ausbildungsziel ist es, Verantwortungsträger/innen und Beschäftigte von Organisationen und Betrieben zur erfolgreichen und qualitätsvollen Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte zu befähigen. Dieses praxisorientierte Know-how erlaubt die Selbstorganisation des Betriebes und bereichert die Kompetenzen der betrieblichen Akteur/innen. Es richtet sich an Personen, die bereits in der BGF oder in Betrieben als Verantwortliche tätig sind, aber auch an selbständig und unselbständig Beschäftigte, die als externe Berater/innen in Unternehmen BGF-Projekte konzipieren, planen und umsetzen. So eine Ausbildung ist neben dem Studium eine Investition in die Qualifizierungsmaßnahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung. (http://www.fgoe.org/hidden/downloads/BGF_Ausbildungsfolder_2008_09%20.pdf)

Es ist unumstritten, dass der Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung für Klein- und Mittelunternehmen noch viel stärker aufgegriffen werden kann. Deshalb ist dieser Sektor für Sportwissenschaftler/innen ein Arbeitsfeld mit großem Zukunftspotential. Die Betriebsinhaber/innen müssen von der Etablierung eines Gesundheitsförderungsmodells erstmals überzeugt werden, in dem ihnen die Angebote und bereits erfolgreich durchgeführten Modelle aufgezeigt werden. Denn das größte Hindernis neben finanziellen und personellen Ressourcen, stellt die nicht ausreichende Transparenz in den BGF-Angeboten für KMU dar. Dabei ist die Unterstützung von externen Fachleuten für diese Unternehmer/innen besonders wichtig und entscheidend. Für kleine Betriebe sind qualifizierte und motivierte Mitarbeiter/innen unverzichtbar. Diesen Unternehmen muss man die Vorteile von BGF aufzeigen und dass nur eine gesunde Belegschaft den größten Erfolg bringt. Dies ist auch in Zeiten eines hohen Wettbewerbes für die Überlebenschance des Unternehmens von größter Bedeutung. Kleine Unternehmen können flexibler auf Veränderungen reagieren als Großbetriebe mit ihren festgesetzten Strukturen und Prozesse. Das Aufgaben- und Tätigkeitsfeld für Sportwissenschaftler/innen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist enorm groß.

Literatur

- Badura, B. & Ritter, W. (1998). Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & A. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung*. (S. 223 – 235). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. (1998). Handlungsbedingungen und Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & A. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung*. (S. 17 – 36). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2005).: *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. In der Fassung von 2005. Zugriff am 07. Juli 2008 <http://www.bkk.de>
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2001a). *Bericht zur Situation der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen*. Zugriff am 03. August 2008 unter <http://www.bkk.de>
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2001b). *Kriterien und Beispiele guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen (KMU)*. Zugriff am 03. August 2008 unter <http://www.bkk.de>
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2001c). *Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU*. Zugriff am 03. August 2008 unter <http://www.bkk.de>
- Breucker, G. (1999). Erfolgsfaktoren und Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa. In Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Gesundheitswissenschaften* (10, S. 33 – 49). Linz.
- Breucker, G. (2001). Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung. Ergebnisse aus dem Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*. (S. 127- 144). Weinheim und München: Juventa.
- Breucker, G. & Sochert, R. (2001). Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Der Beitrag betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*. (S. 213- 227). Weinheim und München: Juventa.
- BzgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aspekte (Hrsg.) (2006). *Kriterien guter Praxis bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen*. Gesundheitsförderung konkret, 5. Köln. Zugriff am 28. Mai 2008 unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=82d3b6af049f68db33ba0c4df30b5f02>
- Demmer, H. (1996). Gesundheitsförderung im Betrieb – Internationale Beispiele. In R. Grossmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und public health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln*. Reihe Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung 1, 23 – 46. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Dietscher, C. & Lobnig, H. (1998). Evaluation als Beitrag zur Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten. In W. Dür & J. Pelikan (Hrsg.), *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation*. (S. 182 – 187). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Dikettmüller, R. (2007). Betriebliche Gesundheitsförderung auf dem Prüfstand. *Spectrum für Sportwissenschaften*, 19 (2), 73 – 87.
- Dür, W. & Pelikan, J. (Hrsg.) (1998). *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation*. Reihe Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung, 5. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Dür, W. & Fürth, K. (2006). Grundlagen, Konzepte und Nutzen der BGF aus gesundheitssoziologischer Sicht. In O. Meggeneder & H. Hirtenlehner (Hrsg.), *Zehn Jahre BGF in Österreich*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- ENSR – European Network for SME Research (2000). The European Observatory for SMEs, 6. Annual Report, *Executive Summary*

- Göbel, E. & Kuhn, J. (2003). Betriebliche Gesundheitsförderung. Zur Balance eines Präventionskonzepts zwischen Rückenschule und aufrechtem Gang. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 39.
- Kriener, B.; Neudorfer, E., Künzel, D. & Aichinger, A. (2004). *Gesund durchs Arbeitsleben. Empfehlungen für eine zukunfts- und alternsorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen*. Zugriff am 10. Mai 2008 unter www.wko.at/sp/bgf/BGFStudie.pdf
- Kuhn, K. (2000). Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitsmanagement. In U Brandenburg, P. Nieder & B. Susen (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation* (S. 95 – 107). Weinheim: Juventa.
- Lobnig, H. (1999). Qualität der Gesundheitsförderung – Qualität durch Gesundheitsförderung. Konzepte – Ansätze – Erfahrungen. In Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Gesundheitswissenschaften* (10, S. 51 – 77). Linz.
- Mayer, C. (1997). *Perspektiven des betrieblichen Gesundheitsschutzes*. Gesundheitswissenschaften, 3. Linz.
- Meggeneder, O. (1997). Qualitätskriterien von Gesundheitsförderungsprojekten. In Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich*. Gesundheitswissenschaften (2, S. 187 – 191). Linz.
- Meifert, T. & Kesting, M. (2004). Gesundheitsmanagement – ein unternehmerisches Thema? In M. Meifert & M. Kesting (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 3 – 13). Berlin: Springer.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Neudert, S. & Weber-Falkensammer, H. (2001). Qualitätssichernde Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Unfallversicherung. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S. 229 – 244). Weinheim und München: Juventa.
- Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. (2001). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. (2. Aufl.). Linz: OÖGKK.
- Österreichisches Netzwerk betrieblicher Gesundheitsförderung (2008). Zugriff am 28. Mai 2008 unter <http://www.netzwerk-bgf.at>
- Pfaff, H. (2001). Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*. (S. 27- 49). Weinheim und München: Juventa.
- Pelikan, J, Dietscher, C. & Novak-Zezula, S. (1998). Evaluation als Strategie der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Probleme, Ansätze, Beispiele. In W. Dür & J. Pelikan (Hrsg.), *Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation*. (S. 11 – 40). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Slesina, W. (2001). Formen betrieblicher Gesundheitsförderung: Bedarf an Evaluation und Qualitätssicherung. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S. 17 – 26). Weinheim und München: Juventa.
- Spicker, I. & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen*. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Wien: Springer Verlag Wien New York.
- Thiehoff, R. (2004). Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagement – Zum Return on Invest der Balance zwischen Lebens- und Arbeitswelt. In M. Meifert & M. Kesting (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 57 - 77). Berlin: Springer.
- Thul, M.; Zink, K. & Mosthaf, F. (2001). Ein Modellversuch zum integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagement in Klein- und Mittelunternehmen. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung*. (S. 199- 211). Weinheim und München: Juventa.

- Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Westermayer, G. (1998). Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & A. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung*. (S. 119 – 1329. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Westermayer, G. & Stein, B. (2006). *Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.

Onlinequellen:

- Fonds Gesundes Österreich. Zugriff am 14. April 2008 unter www.fgoe.org
- Zugriff am 14. April 2008 unter <http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/123879.PDF>
- Zugriff am 14. April 2008 unter <http://www.wko.at> und <http://wko.at/sp/bgf/endbericht.pfd> und <http://www.wko.at/sp/bgf/BGFStudie.pdf>
- Zugriff am 15. April 2008 unter <http://kmu-vital.ch>
- Zugriff am 28. April 2008 unter <http://www.baua.de>
- Zugriff am 28. Mai 2008 unter <http://www.ppm.at/switch> und <http://www.ppm.at/switch/downloads/umsetzung/umsetzung.pdf>
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. Zugriff am 10. Mai 2008 unter www.enwhp.org
- Zugriff am 26. Juli 2008 unter http://de.osha.europa.eu/topics/betriebliche_gesundheitsfoerderung
- Zugriff am 19. August 2008 unter <http://www.olev.de/> und http://www.olev.de/g/good_practice.htm
- Zugriff am 19. August unter <http://www.bgf-institut.de/material/Broschueren/Broschuere%20Best%20Practice.pdf> [http](http://www.bgf-institut.de/material/Broschueren/Broschuere%20Best%20Practice.pdf)
- Zugriff am 19. August 2008 unter <http://www.giub.at>
- Zugriff am 19. August 2008 unter <http://www.avos.at/amd/kleinbetriebe.htm>
- Zugriff am 19. August 2008 unter <http://www.logoconsult.at>
- Zugriff am 20. August 2008 unter <http://www.age-management.net>
- Zugriff am 20. August 2008 unter <http://www.gesundheit-unternehmen.de>
- Zugriff am 20. August 2008 unter <http://http://www.bgf-institut.de/material/Broschueren/Broschuere%20Best%20Practice.pdf>